

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МАКСИМА ТАНКА»

Факультет психологии
Кафедра клинической психологии

(рег. № _____)

СОГЛАСОВАНО
Заведующий кафедрой
_____ О.В. Белановская
« ____ » _____ 2015

СОГЛАСОВАНО
Декан факультета
_____ Д.Г. Дьяков
« ____ » _____ 2015

**ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
«МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

для специальности 1-2 01 04 Психология

Составитель: Давидович А.А. кандидат психологических наук, доцент кафедры
клинической психологии БГПУ

Рассмотрено и утверждено
на заседании Совета факультета _____ 2015 протокол № _____

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

1. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

1.1 Общая характеристика учебно-методического комплекса

ПРОГРАММНЫЙ БЛОК

2. РАБОЧАЯ УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

2.1. Пояснительная записка

2.2. Учебно-тематический план для студентов дневной формы обучения

2.3. Содержание учебного материала (по разделам, темам)

2.4. Учебно-методическая карта дисциплины (дневная форма получения образования)

2.5. Информационно-методическая часть

2.5.1.Список рекомендуемой литературы

УЧЕБНЫЙ БЛОК

3.1. Теоретический раздел

3.2. Практический раздел

3.3. Список основной и дополнительной рекомендуемой литературы

МЕТОДИЧЕСКИЙ БЛОК

4. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

4.1. Методические рекомендации по организации

и стимулированию самостоятельной работы студентов

4.2. Правила и требования, предъявляемые к выполнению письменных студенческих работ (рефератов)

КОНТРОЛЬНЫЙ БЛОК

5.1. Перечень рекомендуемых средств диагностики знаний по дисциплине

5.2. Список литературных источников и фильмов для выполнения УСРС

5.3. Примеры письменных проверочных работ

5.4. Примерные вопросы к зачету

5.5. Примерные вопросы к экзамену

5.6. Критерии оценки знаний и компетенций студентов по дисциплине

1. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

1.1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА

Учебно-методический комплекс (УМК) учебной дисциплины – это нормативный документ, регламентирующий учебно-методическую деятельность в образовательном процессе вуза. УМК учебной дисциплины разрабатывается на основании «Положения об учебно-методическом комплексе на уровне высшего образования» в соответствии с Законом Республики Беларусь о высшем образовании от 26 июля 2011 г. № 167, Концепции развития педагогического образования в Республике Беларусь (2000), Программы инновационного развития Министерства образования Республики Беларусь на 2007-2010 гг., Образовательного стандарта высшего образования первой ступени, Устава учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка».

Целью ЭУМК по дисциплине «Медицинская психология» является управление и содействие рациональной учебной деятельности студентов по развитию их профессиональной компетентности как специалистов в области психологии.

К основным функциям ЭУМК относятся:

- раскрытие требований к содержанию дисциплины «Медицинская психология», к образовательным и профессиональным результатам подготовки студента как будущего специалиста-психолога;
- обеспечение эффективного освоения студентами теоретического учебного материала по дисциплине «Медицинская психология»;
- объединение в единое целое различных дидактических средств обучения, обеспечение преемственности и междисциплинарных связей в процессе освоения учебной дисциплины.

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Медицинская психология» включает следующие блоки (модули):

- пояснительная записка (введение в ЭУМК);
- программный блок с представленной рабочей учебной программой;
- учебный блок, обеспечивающий теоретический и практический уровень освоения материала в области медицинской психологии (структура лекционных и семинарских и лабораторных занятий; список рекомендуемой основной и вспомогательной учебной и научной литературы, необходимой для освоения изучаемой учебной дисциплины);
- методический блок, содержащий методические материалы и рекомендации по проведению семинарских и лабораторных занятий; методические указания по организации и стимулированию самостоятельной работы студентов;

- контрольный блок, включающий требования к освоению учебной дисциплины, критерии оценивания и тестирования знаний студентов по изучаемой дисциплине, примерный перечень вопросов к экзамену и зачету;
- сопровождающий блок, содержащий список имеющегося информационного, демонстрационного и дидактического материала по изучаемой дисциплине, электронные аналоги элементов УМК.

ПРОГРАММНЫЙ БЛОК

2. РАБОЧАЯ УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА

Учреждение образования
«Белорусский государственный педагогический университет
имени Максима Танка»

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по воспитательной работе БГПУ

С.И.Коптева

2015 г.

Регистрационный № УП _____/раб.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебная программа учреждения высшего образования
по учебной дисциплине для специальности:

1-23 01 04 Психология

Факультет

психологический

Кафедра

клинической психологии

Курсы

2, 3

Семестры

4, 5

Лекции

66 + 4 УСРС

Семинарские занятия

54 + 16 УСРС

Аудиторных часов

по учебной дисциплине

140

зачет

4 семестр

экзамен

5 семестр

Всего часов

по учебной дисциплине

276

Форма получения
высшего образования **дневная,**
заочная

Составители: А.А. Давидович, кандидат психологических наук, доцент
кафедры клинической психологии; Т.Н. Полуянова, преподаватель кафедры
клинической психологии.

2015 г.

Учебная программа составлена на основе учебной программы учреждения высшего образования «Медицинская психология»
Регистрационный № УД – 34 - 05- № 28/ баз., утв. 30.10.2014 г.

Рассмотрена и рекомендована к утверждению кафедрой клинической психологии БГПУ

протокол № 5 от 18. 12. 2014 г.;
Заведующий кафедрой

_____ О.В. Белановская

Одобрена и рекомендована к утверждению Советом факультета психологии

протокол № 4 от 19.12. 2014 г.;
Председатель

_____ Д.Г. Дьяков

Оформление учебной программы и сопровождающих её материалов действующим требованиям Министерства образования Республики Беларусь соответствует.

Методист УМУ БГПУ

_____ С.А. Стародуб

Ответственный за редакцию: А.А. Давидович

Ответственный за выпуск: О.В. Белановская

2.1. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Учебная дисциплина «Медицинская психология» является одним из основных в программе подготовки психолога и имеет смешанную (теоретико-практическую) направленность. Предметом медицинской психологии являются психологические факторы, связанные с возникновением, диагностикой, динамикой, лечением и профилактикой заболеваний. При этом развитие медицинской психологии направлено не только на теоретическое осмысление указанных выше проблем, но и на разработку методов психологической помощи больным.

Главная **цель** учебной дисциплины – раскрыть для студентов возможности применения психологических знаний к вопросам возникновения, диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Задачи учебной дисциплины:

1. Определить предмет, задачи и методы исследования в медицинской психологии.
2. Ознакомить студентов с этическими и правовыми нормами в работе медицинского психолога.
3. Рассмотреть современные психологические подходы к психическим и соматическим расстройствам, кризисным состояниям и нарушениям развития.
4. Обучить студентов навыкам проведения психодиагностических исследований в условиях клиники и синдромному анализу полученных данных.
5. Выработать у студентов базовые навыки оказания психологической помощи.

Программа учебной дисциплины строится с опорой на такие дисциплины, как «Общая психология», «Психология индивидуальных различий», «Физиологические основы поведения».

Цель и задачи учебной дисциплины определили его структуру и объем. На начальном этапе студенты знакомятся с историей развития, основными теоретическими подходами в современной медицинской психологии. Следующий этап посвящен психосоматике – разделу медицинской психологии, изучающему роль психологических факторов в возникновении и развитии соматических заболеваний. В рамках следующего раздела изучается патопсихология – раздел медицинской психологии, анализирующий закономерности нарушения и восстановления психических процессов и личности в условиях болезни. Далее анализируется взаимосвязь нарушений в работе психических функций и поражений мозга (нейропсихология), рассматриваются методы нейропсихологической диагностики.

Учебная дисциплина включает в себя:

- лекционные занятия, в ходе которых студенты знакомятся с современными психологическими подходами к диагностике, профилактике и лечению заболеваний;

- семинарские занятия, в ходе которых студенты анализируют современную учебную и научную литературу по темам программы;

- семинарские занятия, в ходе которых отрабатываются навыки проведения патопсихологического и нейропсихологического исследований.

В результате изучения учебной дисциплины студент **должен знать:**

- основные теоретические подходы в медицинской психологии, объясняющих возникновение и динамику течения заболеваний;
- основные подходы к определению нормы и патологии;
- специфику и методы патопсихологической диагностики;
- основные направления и методы психологической помощи;
- особенности нарушений личности и психических процессов при различных заболеваниях.

В результате изучения учебной дисциплины студент **должен уметь:**

- ориентироваться в основных теоретических парадигмах современной медицинской психологии;
- проводить патопсихологическую диагностику и составлять заключение по данным патопсихологического исследования;
- устанавливать топический диагноз по результатам проведения нейропсихологического обследования;
- выявить сохранные и нарушенные сферы психической деятельности человека при проведении нейропсихологического обследования;
- использовать психологические методы в целях профилактики психосоматических заболеваний.

В результате изучения учебной дисциплины студент **должен владеть:**

- способами патопсихологической диагностики нарушений психических процессов;
- приемами нейропсихологической диагностики нарушений психической деятельности.

Перечень дисциплин, усвоение которых необходимо при изучении данной дисциплины: общая психология, социальная психология, психология индивидуальных различий, физиологические основы поведения.

Курс является базисом для успешного освоения курса «Специальная психология».

Ключевые слова: психосоматические нарушения, патопсихологические синдромы, функциональные и органические нарушения в работе ЦНС.

Учебная дисциплина «Медицинская психология» рассчитана 276 часов, из них аудиторных-140 часов (лекции- 66 часов+4 УСПС, семинары- 54 часа+16 УСПС).

Рекомендуемые формы отчетности: 4 семестр-зачет, 5 семестр-экзамен.

Учебная дисциплина «Медицинская психология» для *заочной формы* получения образования рассчитана на 36 аудиторных часов, из них 26 часов лекционных занятий, 10 часов семинарских занятий. Рекомендуемые формы отчетности 8 семестр-зачет, 9 семестр-экзамен.

2.2. УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

дневное отделение

№ п. / п.	Название темы и разделов	Всего часов	В том числе			
			Лекции	Самостоя- тельная работа	Семинары	Самостоя- тельная работа
1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ		30	18	-	16	2
1.1.	Предмет, задачи и методы исследования медицинской психологии	4	2		2	
1.2.	Психическое здоровье и психическая болезнь	5	2		2	2
1.3.	Основные теоретические подходы в медицинской психологии					
1.3.1	Биологический подход	3	1		2	
1.3.2	Психодинамический подход	3	1		2	
1.3.3	Поведенческий подход	3	1		2	
1.3.4	Когнитивный подход	3	1		2	
1.3.5	Экзистенциально-гуманистический подход	3	1		2	
1.3.6	Социальный подход	1	1		-	
1.3.7	Критический подход	1	1		-	
1.3.8	Отчетственный подход в медицинской психологии	3	1		2	
2. ПСИХОСОМАТИКА		38	18	-	16	6
2.1	Методология и методы исследования в психосоматике	4	2		2	
2.2	Классификация психосоматических расстройств	6	2		2	2
2.3	Психоаналитический подход к психосоматической	4	2		2	

	проблеме					
2.4	Физиологические теории в психосоматике	4	2		2	
2.5	Направленность личности и болезни: поведенческий тип «А» и поведенческий тип «С»	6	2		2	2
2.6	Феноменологические и экзистенциальные теории в психосоматике	4	2		2	
2.7	Когнитивный подход к психосоматической проблеме	4	2		2	
2.8	Нарушения пищевого поведения: виды, психологический механизм		2		2	2
3. ПАТОПСИХОЛОГИЯ		30	20	2	16	4
3.1	Предмет, задачи и методы патопсихологии	2	2			
3.2	Принципы построения патопсихологического исследования	6	2		2	2
3.3	Патопсихологическая характеристика нарушений личности	6	2	2	2	
3.4	Патопсихологическая характеристика нарушений сознания и самосознания	4	2		2	
3.5	Патопсихологическая характеристика нарушений восприятия	4	2		2	
3.6	Патопсихологическая характеристика нарушений памяти	4	2		2	
3.7	Патопсихологическая характеристика нарушений мышления	4	2		2	
3.8	Патопсихологическая характеристика нарушений внимания и умственной работоспособности	4	2			2
3.9	Проблема психологического диагноза. Патопсихологическая семиотика.	2	2			

4. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ		36	20	2	16	4
4.1.	Высшие психические функции и их мозговая организация. Исторический экскурс.	2	2			
4.2.	Основные принципы функциональной организации мозга	6	4			2
4.3.	Нарушение высших корковых функций при поражениях затылочных и затылочно-теменных отделов коры головного мозга	6	4		2	
4.4	Нарушение высших корковых функций при поражениях височных отделов коры головного мозга		2		2	
4.5	Нарушение высших корковых функций при поражениях сенсомоторных отделов коры головного мозга	6	4		2	
4.6	Нарушение высших корковых функций при поражении лобных отделов коры головного мозга	6	2	2	2	
4.7	Методы исследования высших корковых функций	6			4	2
ВСЕГО ЧАСОВ		140	70	4	70	16

заочное отделение

№ п. / п.	Название темы и разделов	Всего часов			
			Лекции	Семинары	Самостоятельная работа
1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ		30	4	-	24
1.1.	Предмет, задачи и методы исследования медицинской психологии	4	2	-	2
1.2.	Психическое здоровье и психическая болезнь	6	2	2	2
1.3	Основные теоретические подходы в медицинской психологии				
1.3.1	Биологический подход	3	-	-	3
1.3.2	Психодинамический подход	3	-	-	3
1.3.3	Поведенческий подход	3	-	-	3
1.3.4	Когнитивный подход	3	-	-	3
1.3.5	Экзистенциально-гуманистический подход	3	-	-	3
1.3.6	Социальный подход	1	-	-	1
1.3.7	Критический подход	1	-	-	1
1.3.8	Отечественный подход в медицинской психологии	3	-	-	3
2. ПСИХОСОМАТИКА		38	6	4	28
2.1	Методология и методы исследования в психосоматике	4	-	-	4
2.2	Классификация психосоматических расстройств	6	2	-	4
2.3	Психоаналитический подход к психосоматической проблеме	4	2	2	

2.4	Физиологические теории в психосоматике	4	-	-	4
2.5	Направленность личности и болезни: поведенческий тип «А» и поведенческий тип «С»	6	2	-	4
2.6	Феноменологические и экзистенциальные теории в психосоматике	4	-	-	4
2.7	Когнитивный подход к психосоматической проблеме	4	-	-	4
2.8	Нарушения пищевого поведения: виды, психологический механизм	6	-	2	4
3. ПАТОПСИХОЛОГИЯ		36	8	2	26
3.1	Предмет, задачи и методы патопсихологии	2	2	-	-
3.2	Принципы построения патопсихологического исследования	6	-	-	6
3.3	Патопсихологическая характеристика нарушений личности	6	1	-	5
3.4	Патопсихологическая характеристика нарушений сознания и самосознания	4	1	-	3
3.5	Патопсихологическая характеристика нарушений восприятия	4	1	-	3
3.6	Патопсихологическая характеристика нарушений памяти	4	1	-	3
3.7	Патопсихологическая характеристика нарушений мышления	4	1	-	3
3.8	Патопсихологическая характеристика нарушений внимания и умственной работоспособности	4	1		3
3.9	Проблема психологического диагноза. Патопсихологическая семиотика.	2	-	2	-
4. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ		36	8	2	26

4.1.	Высшие психические функции и их мозговая организация. Исторический экскурс.	2	2		-
4.2.	Основные принципы функциональной организации мозга	6	2	2	2
4.3.	Нарушение высших корковых функций при поражениях затылочных и затылочно-теменных отделов коры головного мозга	6	1	-	5
4.4	Нарушение высших корковых функций при поражениях височных отделов коры головного мозга	4	1	-	3
4.5	Нарушение высших корковых функций при поражениях сенсомоторных отделов коры головного мозга	6	1	-	5
4.6	Нарушение высших корковых функций при поражении лобных отделов коры головного мозга	6	1	-	5
4.7	Методы исследования высших корковых функций	6		-	6
ВСЕГО ЧАСОВ		140	26	10	104

2.3. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ТЕМА 1.1. Предмет, задачи и методы исследования медицинской психологии.

Предмет медицинской психологии. Медицинская психология как наука, изучающая психологические факторы, связанные с возникновением, лечением и профилактикой психических и соматических расстройств. Разделы медицинской психологии.

Качественные и количественные методы исследования и интерпретации данных в медицинской психологии. Особенности применения методов эксперимента и наблюдения в медицинской психологии.

Основные направления работы медицинского психолога. Деонтологические аспекты деятельности медицинского психолога.

ТЕМА 1.2. Психическое здоровье и психическая болезнь.

Основные понятия медицинской психологии (норма, патология, здоровье, болезнь). Критерии психического здоровья (М.Ягода). Рассмотрение критериев психического здоровья в зависимости от теоретического подхода: уровни психического здоровья (Б.С. Братусь): личностный, индивидуально-психологический, психофизиологический. Психическое здоровье и психическая норма. Психическое и психологическое здоровье. Психическая болезнь, психическое расстройство, симптом и синдром. Принципы разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов. Современные классификации психических расстройств (Международная классификация болезней МКБ-9 и МКБ-10). Основные виды психических расстройств.

ТЕМА 1.3. Основные теоретические подходы в медицинской психологии.

История зарождения и становления клинической психологии. Рассмотрение связи телесных процессов с душевными, связи мозга и психики, изменение взглядов на разных этапах истории медицины и психологии. Современное состояние медицинской психологии. Обоснование различных теоретических направлений в медицинской психологии.

1.3.1. Биологический подход.

Различные биологические факторы в развитии психических болезней: генетические, биохимические, нейрофизиологические. Стресс как фактор развития психических болезней. Физиологические, когнитивные, эмоциональные и поведенческие составляющие стресса.

1.3.2. Психодинамический подход.

Понятие о психической патологии и механизмах ее развития в классическом и современном психоанализе (З.Фрейд, А. Фрейд, Д.Раппапорт, М.Кляйн). Психоаналитический диагноз и уровни развития личности.

1.3.3. Поведенческий подход.

Модель психической патологии в рамках поведенческого подхода. Роль научения в развитии психических расстройств. Социально-когнитивная теория (Дж.Роттер, А. Бандура)

1.3.4. Когнитивный подход. Модель психической патологии в когнитивном подходе. Особенности психотерапевтического подхода (А.Эллис, А. Бек).

1.3.5. Экзистенциально-гуманистический подход.

Основные экзистенциальные проблемы и их проявления при психических расстройствах (К. Роджерс, В.Франкл, Л. Бинсвангер, И.Ялом, Р.Мэй). Факторы возникновения невротических расстройств по К. Роджерсу.

1.3.6. Социальный подход.

Социальные и культуральные факторы в развитии психической патологии. Социальные факторы, повышающие устойчивость к психическим расстройствам: социальная поддержка, профессиональная деятельность, религиозные и моральные убеждения и пр.

1.3.7. Критический подход.

Работы Р. Лэнга и движение антипсихиатрии. Критическая психиатрия (Д. Инглби, Т. Шаш). Теория «навешивания ярлыков». Проблема стигматизации психически больных (И. Гоффман).

1.3.8. Отечественный подход в медицинской психологии.

Развитие медицинской психологии в трудах В.М. Бехтерева, С.С.Корсакова, А.Ф. Лазурского, В.Н. Мясищева, Л.С. Выготского, Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия, С.Я. Рубинштейн, В.В. Николаевой, Е.Т. Соколовой и др.

РАЗДЕЛ 2. ПСИХОСОМАТИКА

ТЕМА 2.1. Методология и методы исследования в психосоматике.

Предмет и задачи психосоматики. Теоретические проблемы анализа механизма психосоматического взаимодействия, специфичности и индивидуальной изменчивости, эффективных методов лечения психосоматических расстройств. Типичные методы организации исследований в психосоматике: метод поперечных срезов, лонгитюдный метод, эксперимент, оценка эффективности, нарративный анализ, фокус-группы.

ТЕМА 2.2. Классификация психосоматических расстройств.

Соматоформные расстройства. Психосоматические заболевания. Нарушения пищевого поведения. Синдром Мюнхгаузена и другие искусственно демонстрируемые расстройства. Влияние хронических соматических заболеваний на личность.

ТЕМА 2.3. Психоаналитический подход к психосоматической проблеме.

Теория объектных отношений в решении психосоматической проблемы (П.Куттер, Р. Спитц, Дж. Боулби, М.Балинт): психоаналитическая интерпретация нейродермита (К. Томэ, Х. Кэхеле), расстройств приема пищи (П.Кейсмент), модель утраты объекта (Г.Энгель, Э.

Шмале). Психосоматическое расстройство как неудавшаяся адаптация к стрессовому воздействию: теория защитных механизмов (А. Митчерлих, А.Гарма, М. Шур). Конверсионная модель возникновения психосоматических расстройств (З. Фрейд). Психосоматическая медицина, теория специфичности (Ф. Александер, Ш. Селесник, Ф. Данбар)

ТЕМА 2.4. Физиологические теории в психосоматике.

Теория кортико-висцеральной патологии в решении психосоматической проблемы (К.М. Быков, И.Т. Курцин, В.Н. Черниговский). Психосоматическое заболевание как проявление неспецифического адаптационного синдрома: теория стресса в психосоматике (Р.Лазарус, Г. Селье)

ТЕМА 2.5. Направленность личности и болезни: поведенческий тип «А» и поведенческий тип «С».

Концепция констелляции личностных профилей (Ф. Данбар). Экспериментальное исследование Г.Фридмана, Р. Розенмана. Физиологические корреляты поведенческого типа «А». Психологические факторы возникновения онкологического заболевания (поведенческий тип «С»): депрессия и выученная беспомощность (Р. Чокеле, М. Селигман), недостаточная эмоциональная выразительность и подавление негативных эмоций, отсутствие социальной поддержки или потеря близкого человека (А. Энджел, Р. Мэтьюс)

ТЕМА 2.6. Феноменологические и экзистенциальные теории в психосоматике.

Концепция витального «Я» Карла Яспера. Идея свободы Л.Бинсвангера в объяснении психологических механизмов возникновения соматических проблем. Человеческое тело: позиция переживания (М. Мерло-Понти, А. Бергсон, В. Подорога). Экзистенциальная психотерапия в психосоматике (И.Ялом, К. Роджерс, Р. Лэнг).

ТЕМА 2.7. Когнитивный подход к психосоматической проблеме.

Когнитивная психотерапия соматоформных расстройств (Д. Сандерс). Анализ interoцептивных ощущений (А.Ш. Тхостов). Когнитивные техники работы с алекситимией (А.Б. Хоменгород, Н.Г. Гаранян).

ТЕМА 2.8. Нарушения пищевого поведения: виды, психологический механизм.

Диагностические критерии различных вариантов нарушения пищевого поведения: нервная анорексия, нервная булимия, психогенное переедание, навязчивое следование диете, ожирение, орторексия. Психологические механизмы возникновения нарушений пищевого поведения: психоаналитическая модель, когнитивная модель, социальная модель.

РАЗДЕЛ 3. ПАТОПСИХОЛОГИЯ

ТЕМА 3.1. Предмет, задачи и методы патопсихологии.

Предмет и задачи патопсихологии. Отличие патопсихологии от психопатологии. Теоретические основы патопсихологии (концепция деятельности, связь деятельности и мотивационно-потребностной сферы в структуре личности больного, соотношения биологического и социального, распада и развития психики).

ТЕМА 3.2. Принципы построения патопсихологического исследования.

Задачи патопсихологического исследования. Анализ истории болезни. Принципы сбора анамнестических данных. Основные принципы организации патопсихологического эксперимента: спровоцированный эксперимент и эксперимент, на который сылаются. Беседа и наблюдение в процессе реализации патопсихологического исследования. Тактика и стратегия подготовки патопсихологического заключения.

ТЕМА 3.3. Патопсихологическая характеристика нарушений личности.

Клинико-психологический подход к проблеме личности. Анализ взаимосвязи мотивационно-потребностной и эмоциональной сфер личности человека. Нарушение мотивационно-личностной сферы (опосредованности и иерархии мотивов, формирование патологических потребностей и мотивов, нарушение смыслообразования и критичности поведения). Нарушение мотивации при различных формах психической патологии. Формирование патологической потребности (алкоголизм, нервная анорексия). Нарушение подконтрольности поведения. Методы исследования нарушений эмоционально-мотивационной сферы и личности.

ТЕМА 3.4. Патопсихологическая характеристика нарушений сознания и самосознания.

Понятие сознания в психологии и патопсихологии. Критерии помраченного сознания (К.Ясперс). Формы нарушения сознания: помрачение и выключение. Деревализация. Нарушения самосознания. Деиперсонализация, раздвоение личности, искажение самооценки. Методы выявления нарушений сознания.

ТЕМА 3.5. Патопсихологическая характеристика нарушений восприятия.

Психологический анализ процесса восприятия. Активность, пристрастность восприятия. Зависимость восприятия от особенностей личности человека. Агнозии. Псевдоагнозия. Соматические чувства (сенестопатии, иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации). Нарушение мотивационного компонента восприятия. Методы и методики исследования восприятия.

ТЕМА 3.6. Патопсихологическая характеристика нарушений памяти

Нарушения произвольной памяти, Корсаковский синдром. Нарушения опосредованной памяти. Нарушение динамики мнестической деятельности. Нарушение мотивационного компонента памяти. Нарушения памяти как следствия изменения ее мотивационно-личностного компонента. Динамические расстройства памяти. Методы и методики исследования памяти.

ТЕМА 3.7. Патопсихологическая характеристика нарушений мышления.

Психологические подходы к классификации и изучению нарушений мышления (Б.В. Зейгарник). Феноменология нарушений мышления. Нарушения операциональной стороны мышления. Снижение уровня обобщения. Искажение уровня обобщения. Нарушения динамики мыслительной деятельности. Нарушение мотивационного компонента мышления. Нарушение критичности мышления. Методы и методики исследования мышления.

ТЕМА 3.8. Патопсихологическая характеристика нарушений внимания и умственной работоспособности.

Формы расстройств внимания: повышенная отвлекаемость, уменьшение объема внимания, инертность внимания. Явление пресыщения. Смысл работы и состояние пресыщения. Влияние нарушений внимания и состояния пресыщения на умственную работоспособность человека. Колебания умственной работоспособности. Истощаемость нервных процессов. Явления утомляемости. Методы изучения нарушений внимания. Методы исследования умственной работоспособности.

ТЕМА 3.9. Проблема психологического диагноза. Патопсихологическая семиотика.

Анализ результатов патопсихологического исследования. Отличие психологического диагноза от медицинского. Виды патопсихологических синдромов (В.М. Блейхер). Правила составления заключений по данным патопсихологического исследования.

РАЗДЕЛ 4. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ

ТЕМА 4.1. Высшие психические функции и их мозговая организация. Исторический экскурс.

Историческая динамика взглядов на проблему локализации ВПФ. Психоморфологические представления и их кризис. Основные экспериментальные методы исследования мозга (метод разрушения и метод раздражения).

Историческая динамика позиций узкого локализационизма. Теория системной динамической локализации ВПФ. Пересмотр понятий «функции» и принципов ее локализации. Высшие психические функции человека. Культурно – историческая концепция Л.С. Выготского в контексте нейропсихологической науки. Нейропсихология и ее место в ряду социальных и биологических наук.

ТЕМА 4.2. Основные принципы функциональной организации мозга.

Принцип рефлекторного кольца Бернштейна как основа понимания многоэтапной локализации функций. Функциональные свойства нейронов мозговой коры. Слои коры, их цитоархитектоника. Три функциональных блока мозга (А.Р. Лурия): блок регуляции уровней активности; блок приема, переработки и хранения информации; блок регуляции и контроля деятельности. Особенности структурной организации задних отделов коры. Особенности структурной организации передних отделов коры. Прогрессивная дифференциация областей

и полей коры в фило- и онтогенезе. Концепция функциональных систем Анохина. Особенности структурной организации и связей медиобазальных отделов коры. Об основных формах нарушения высших корковых функций при локальных поражениях мозга. Проблема доминантного полушария. Проблема общемозговых компонентов при локальных поражениях мозга.

ТЕМА 4.3. Нарушение высших корковых функций при поражениях затылочных и затылочно-теменных отделов мозга.

Зрительный анализатор и строение зрительной коры. Нарушение предметного восприятия при поражении зрительной коры и симультанная агнозия. Нарушения осязательного восприятия и тактильная агнозия. Нарушения ориентировки в пространстве и конструктивная апрактогнозия. Нарушение логико-грамматических операций и синдром так называемой семантической афазии. Нарушение счетных операций и синдром акалькулии. Об особенностях интеллектуальных процессов при поражениях теменно-затылочных отделов коры.

ТЕМА 4.4 Нарушение высших корковых функций при поражениях височных отделов мозга.

Слуховой анализатор и данные о строении слуховой коры. Звуки языка и речевой слух. Нарушение высших корковых функций при поражении верхних отделов левой височной области: акустическая агнозия и сенсорная афазия. Нарушение высших корковых функций при поражении средних отделов височной области: синдром акустико-мнестической афазии. Особенности интеллектуальных процессов при поражении височных систем. Нарушение психических процессов при поражении медиальных отделов височной области.

ТЕМА 4.5. Нарушение высших корковых функций при поражениях сенсомоторных отделов мозга.

Двигательный анализатор: афферентные и эфферентные механизмы. Элементарные двигательные расстройства. Двигательный анализатор и строение постцентральных отделов коры. Нарушение афферентной основы произвольного движения и синдром «афферентной» (кинестетической) апраксии. Нарушение кинестетической основы речевого акта и синдром «афферентной» (кинестетической) моторной афазии. Нарушение двигательных функций при поражении премоторной области. Нарушение кинетической структуры речевого акта и синдром «эфферентной» (кинетической) моторной афазии. Об особенностях интеллектуальных процессов при поражении премоторных отделов мозга.

ТЕМА 4.6. Нарушение высших корковых функций при поражении лобных отделов мозга

Данные о строениях и функциях лобных отделов мозга. Лобные доли и регуляция состояний активности. Лобные доли и регуляция движений и действий. Нарушение гностических процессов при поражениях лобных отделов мозга. Нарушение мнестических

процессов при поражении лобных отделов мозга. Особенности интеллектуальных процессов при поражении лобных отделов мозга: нарушение конструктивной деятельности, нарушение анализа смысловых структур, нарушение решения арифметических задач. Синдром «лобной динамической афазии». Основные варианты «лобного» синдрома.

ТЕМА 4.7. Методы исследования высших корковых функций

Задачи нейропсихологического исследования. Общие принципы проведения нейропсихологического исследования. Сбор анамнестических данных. Построение схемы исследования. Предварительная беседа. Исследование двигательных функций. Исследование слухомоторных координаций. Исследование высших кожно-кинестетических функций. Исследование мнестических процессов. Исследование речевых функций: импрессивная речь, экспрессивная речь. Исследование письма, чтения и счета. Исследование процессов мышления

2.4. УЧЕБНО – МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

(дневное отделение)

Номер раздела, темы занятия	Название раздела, темы занятий, перечень изучаемых вопросов	Количество аудиторных часов				Материальное обеспечение занятия (наглядные, методические пособия и т.п.)	Литература	Формы контроля знаний
		Лекции	Семинарские занятия	Лаб. занятия	УСРС			
4 семестр								
1.	Раздел 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	12	16	-	2			
1.1.	Предмет, задачи и методы исследования медицинской психологии							
	1.Предмет медицинской психологии. 2. Задачи медицинской психологии. 3. Разделы медицинской психологии. 4. Качественные и количественные методы диагностики. 5. Этические аспекты деятельности медицинского психолога.	2	2			Схемы структуры и задач медицинской психологии	Осн: 3,4,9	Устный опрос.
1.2.	Психическая болезнь и психическое здоровье							
	1.Определение психического здоровья. 2. Психическая норма и ее виды. 3. Критерии и уровни психического здоровья. 4.Психическая болезнь и психическое расстройство. 5. Понятие симптома и синдрома. 6. Принципы различения психологических феноменов и психопатологических симптомов. 7. Современная классификация психических расстройств. 8. Виды психических расстройств. 9. Понятие психологического здоровья. 10.Критерии психологического здоровья личности 11. Гипотеза об уровнях психического здоровья Б.С. Братуся	2	2		2сем	Схемы уровней психического здоровья и видов психической нормы. Художественный фильм «Над кукушкиным гнездом»	Осн.:3, 4,5,7 Доп.:4	Устный опрос. Эссе-рассуждение по фильму «Над кукушкиным гнездом». Вопросы для эссе: Понятие психологического здоровья: что стоит за этим термином, совпадают ли эти две реальности-

								<p>психическое и психологическое здоровье, как соотносится это с понятием «душевное здоровье», ощущали ли вы себя когда-либо психологически нездоровым, как это было, как вы узнавали что вы нездоровы психологически, какие критерии психологического здоровья можно выделить? - Фиксация самостоятельно выделенных критериев психологического здоровья.</p>
1.3.	Основные теоретические подходы в медицинской психологии							
	<p>1.3.1 Биологический подход в медицинской психологии</p> <ul style="list-style-type: none"> Психические расстройства как следствие нарушения работы головного мозга. Роль биологических факторов в развитии психических болезней. Теория стресса в медицинской психологии. Роль стресса в возникновении психических расстройств. 	1	2			Схема биологических факторов возникновения психических расстройств	Осн.:5, 9,10	Устный опрос
	<p>1.3.2 Психодинамический подход в медицинской психологии</p> <ul style="list-style-type: none"> Понятие о психической патологии в классическом психоанализе З.Фрейда. Механизмы формирования психической патологии в психологии самости. Формирование психической патологии в Эго-психологии. Формирование психической патологии в психологии 	1	2			Схема исторической динамики психоаналитических идей в медицинской психологии	Осн.:5, 10 Доп.:1 1, 15, 18, 27	Письменная проверочная работа

	<p>объектных отношений.</p> <ul style="list-style-type: none"> Психологический диагноз и уровни развития личности. 							
	<p>1.3.3 Поведенческий подход в медицинской психологии</p> <ul style="list-style-type: none"> Модель психической патологии в поведенческом подходе. Виды научений. Роль научения в развитии психических расстройств. 	1	2			Схемы, демонстрирующие психологический механизм возникновения психического расстройства как следствия классического обуславливания, оперантного, социального, когнитивного научения.,	Осн.:5, 10. Доп.:17	Рефераты и обсуждения
	<p>1.3.4. Когнитивный подход в медицинской психологии</p> <ul style="list-style-type: none"> Социально-когнитивная теория Дж.Роттера и А.Бандуры. Модель психической патологии в когнитивном подходе. 3. Концепции формирования эмоциональных расстройств А.Эллиса и А.Бека. 	1	2			Примеры иррациональных и рациональных установок, базовых когнитивных схем	Осн.:5, 10. Доп.:3, 19,24	Ведение дневниковых записей в течение недели, попытка анализа студентами собственных базовых когнитивных схем через автоматические мысли, анализ когнитивных ошибок.
	<p>1.3.5 Экзистенциально-гуманистический подход в медицинской психологии</p> <ul style="list-style-type: none"> Модель психической патологии в экзистенциально-гуманистическом подходе. Основные экзистенциальные проблемы и их проявление при психических расстройствах. Факторы возникновения психических расстройств по К.Роджерсу. 	1	2			Текст научной статьи Три взгляда на случай Эллен Вест: Л.Бинсвангер, Р.Мэй, К.Роджерс - Консультативная психология и психотерапия - 1993/3]	Осн.:5, 10. Доп.:9, 12,14,32	Подготовка и защита презентации на тему «Три взгляда на случай Эллен Вест». Студенты делятся на группы, представляющие позицию каждого из исследователей (Л. Бинсвангера, Р.

								Мэй, К. Роджерса), организация дискуссии
	1.3.6 Социальный подход в медицинской психологии <ul style="list-style-type: none"> Роль социальных и культурных факторов в формировании психических расстройств. Социальные факторы, повышающие устойчивость к психическим расстройствам. 	1				Схема социальных факторов, обуславливающих возникновение психических расстройств	Осн.:5, 10. Доп.: 5	Организация дискуссии со студентами
	1.3.7 Критический подход в медицинской психологии <ul style="list-style-type: none"> Теория навешивания ярлыков. Проблема стигматизации психически больных людей . 	1				Подборка литературных тестов с примерами стигматизирующих высказываний в адрес психически больных людей	Осн.:5, 10. Доп.:2-9	Организация дискуссии со студентами
	1.3.8 Отечественный подход в медицинской психологии <ul style="list-style-type: none"> Развитие медицинской психологии в дореволюционной России. Развитие психологической науки в советский период. Культурно-историческая обусловленность развития психики. Проблема соотношения биологического и социального в развитии психики. Проблема распада и развития психики и ее решения в отечественной психологической науке. 	1	2			Электронные варианты биографического материала, учебных пособий	Осн.: 10.	Подготовка рефератов с анализом научных биографий представителей отечественной медицинской психологии: В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, Б.В. Зейгарник., А.Е. Личко, Л.И. Вассерман, С.Я. Рубинштейн и др.
2.	Раздел 2 ПСИХОСОМАТИКА	18	16		6			
2.1	Методы и методы исследования в психосоматике							

	<ul style="list-style-type: none">Предмет и задачи психосоматикиТеоретические проблемы анализа механизма психосоматического взаимодействия, специфичности и индивидуальной изменчивости, эффективных методов лечения психосоматических расстройствТипичные методы организации исследований в психосоматике: метод поперечных срезов, лонгитюдный метод, эксперимент, оценка эффективности, нарративный анализ, фокус-группы	2	2				Схемы, иллюстрирующие организацию и дизайн психологических исследований, посвященных психосоматической проблеме.	Осн.:11, доп.:1, 16, 20, 26	Подготовка проектов организации психологического исследования соответствии с методом поперечных срезов, лонгитюдным методом. Анализ художественных произведений, пословиц, поговорок, идиоматических выражений с целью выделения устойчивых словосочетаний, характеризующих проблему телесности.
2.2	Классификация психосоматических расстройств								
	<ul style="list-style-type: none">Соматоформные расстройстваПсихосоматические заболеванияНарушения пищевого поведенияСиндром Мюнхгаузена и другие искусственно демонстрируемые расстройстваВлияние хронических соматических заболеваний на личность	2	2		2 сем	МКБ-10	Осн.:11, доп.:1, 16, 20, 26	Составление таблицы (название психосоматического расстройства— диагностические критерии по МКБ-10-описание в психологической литературе, посвященной психосоматической проблеме)	
2.3.	Психоаналитический подход к психосоматической проблеме								
	Теория объектных отношений в решении психосоматической проблемы (П.Куттер, Р. Спитц, Дж. Боулби, М.Балинт): психоаналитическая интерпретация нейродермита (К. Томэ,	2	2				Тексты с примерами психоаналитических интерпретаций	Осн.:11, доп.:1,	Составление «словаря психосоматических

	<p>Х. Кэхеле), расстройств приема пищи (П.Кейсмент), модель утраты объекта (Г.Энгель, Э. Шмале).</p> <ul style="list-style-type: none"> Психосоматическое расстройство как неудавшееся адаптация к стрессовому воздействию: теория защитных механизмов (А. Митчерлих, А.Гарма, М. Шур). Конверсионная модель возникновения психосоматических расстройств (З. Фрейд). Психосоматическая медицина, теория специфичности (Ф. Александер, Ш. Селесник, Ф. Данбар) 					психосоматических расстройств.	11, 16, 18, 20, 26,27	метафор» с использованием теоретических положений психоаналитической концепции исторической конверсии
2.4	Физиологические теории в психосоматике							
	<ul style="list-style-type: none"> Теория кортико-висцеральной патологии в решении психосоматической проблемы (К.М. Быков, И.Т. Курцин, В.Н. Черниговский) Психосоматическое заболевание как проявление неспецифического адаптационного синдрома: теория стресса в психосоматике (Р.Лазарус, Г. Селье) 	2	2			Схема, демонстрирующая основные теоретические положения концепции стресса Г.Селье и их применение к решению психосоматической проблемы.	Осн.:1, 16, 20, 26	Подготовка докладов
2.5	Направленность личности и болезни: поведенческий тип «А» и поведенческий тип «С»							
	<ul style="list-style-type: none"> Концепция констелляции личностных профилей Ф. Данбар Экспериментальное исследование Г.Фридмана, Р. Розенмана Физиологические корреляты поведенческого типа «А». Психологические факторы возникновения онкологического заболевания (поведенческий тип «С»): депрессия и выученная беспомощность (Р. Шэкеле, М. Сигман), недостаточная эмоциональная выразительность и подавление негативных эмоций, отсутствие социальной поддержки или потеря близкого человека (А. Эйджел, Р. Мэтьюс) 	2	2		2	Схема экспериментальных исследований Ф. Данбар, Фридман-Розенман.	Осн.:1, 16, 20, 26	Фиксация психологических характеристик людей с «поведенческим типом А» и «поведенческим типом С» в виде содержательной схемы
2.6	Феноменологические и экзистенциальные теории в психосоматике							
	<ul style="list-style-type: none"> Концепция витального «Я» Карла Ясперса Идея свободы Л.Бинсвангера в объяснении психологических механизмов возникновения соматических проблем Человеческое тело: позиция переживания (М. Мерло-Понти, 	2	2			Тексты первоисточников с описанием стратегии	Осн.:1, 14, 16,	Организация дискуссии в студенческой аудитории «

	<p>А. Бергсон, В. Подорога)</p> <ul style="list-style-type: none"> Экзистенциальная психотерапия в психосоматике (И.Ялом, К. Роджерс, Р. Лэнг) 					психотерапевтической работы, основанной на экзистенциально-феноменологическом подходе к психосоматической проблеме	20, 26	Телесность человека как основа его жизни» на основе анализа статьи Тищенко П.Д. «Дано мне тело...»
2.7	Когнитивный подход к психосоматической проблеме							
	<ul style="list-style-type: none"> Когнитивная психотерапия соматоформных расстройств (Д. Сандерс) Анализ интероцептивных ощущений (А.Ш. Тхостов) Когнитивные техники работы с алекситимией (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян) 	2	2			Тексты первоисточников с описанием стратегий психотерапевтической работы, основанной на когнитивном подходе к психосоматической проблеме	Основ.: 1, 16, 20, 26 доп.: 1, 16, 20, 26	Подготовка и обсуждение докладов
2.8	Нарушения пищевого поведения: виды, психологический механизм							
	<ul style="list-style-type: none"> Диагностические критерии различных вариантов нарушения пищевого поведения: нервная анорексия, нервная булимия, психогенное переедание, навязчивое следование диете, ожирение, орторексия Психологические механизмы возникновения нарушений пищевого поведения: психоаналитическая модель, когнитивная модель, социальная модель 	2	2		2	МКБ-10	Основ.: 1, 16, 20, 26 доп.: 1, 16, 20, 26	Составление таблицы, содержащей диагностические критерии, сравнительные психологические характеристики людей, страдающих различными нарушениями пищевого поведения
5 семестр								
3.	Модуль 3 ПАТОПСИХОЛОГИЯ	20	16		6			

3.1.	Предмет, задачи и методы патопсихологии							
	<ul style="list-style-type: none"> Предмет и задачи патопсихологии Отличие патопсихологии от психопатологии Теоретические основы патопсихологии (концепция деятельности, связь деятельности и мотивационно-потребностной сферы в структуре личности больного, соотношение биологического и социального, распада и развития психики) 	2				Иллюстративный материал, отражающий межпредметные связи и теоретико-методологические основы отечественной патопсихологии	Осн.: 1, 3, 4	Проведение сравнительного анализа методов предмета исследования патопсихологии и психопатологии, оформление реферативных работ
3.2	Принципы построения патопсихологического исследования							
	<ul style="list-style-type: none"> Задачи патопсихологического исследования. Анализ истории болезни Принципы сбора анамнестических данных Основные принципы организации патопсихологического эксперимента: спровоцированный эксперимент и эксперимент, на который ссылаются. Беседа и наблюдение в процессе реализации патопсихологического исследования Тактика и стратегия подготовки патопсихологического заключения 	2	2		2 сем	«Практикум по патопсихологии» под ред. Б.В. Зайгарник. Образцы протоколов патопсихологического обследования людей. Образцы патопсихологических заключений по конкретным диагностическим случаям	Осн.: 1, 2, 3, 4	Подготовка патопсихологического заключения по конкретному диагностическому случаю на основе протокола патопсихологического обследования
3.3.	Патопсихологическая характеристика нарушенной личности							
	<ul style="list-style-type: none"> Клинико-психологический подход к проблеме личности. Анализ взаимосвязи мотивационно-потребностной и эмоциональной сфер личности человека Нарушение мотивационно-личностной сферы (опосредованности и иерархии мотивов, формирование патологических потребностей и мотивов, нарушение мышления и критичности поведения). Нарушение мотивации при различных формах психической патологии. Формирование патологической потребности (алкоголизм, нервная анорексия) Нарушение подконтрольности поведения Методы исследования нарушений эмоционально- 	2	2		2 лк	Истории болезни пациентов. Художественные фильмы, демонстрирующие нарушения мотивационной сферы (х/ф «Реквием по мечте»). Патопсихологические методы исследования эмоционально-	Осн.: 1, 2, 3, 4. Доп.: 6, 7, 28, 32	Анализ патопсихологического механизма нарушений личности в конкретном диагностическом случае: нарушение опосредованности и иерархии мотивов, формирование патологических потребностей и

	мотивационной сферы и личности.					волевой личности: стимульный материал.		мотивов, нарушение смыслообразования и критичности поведения. Соотнесение биопсихических фактов (история болезни) с патопсихологической феноменологией. Фиксация результатов в виде письменной работы
3.4	Патопсихологическая характеристика нарушений сознания и самосознания							
	<ul style="list-style-type: none"> Понятие сознания в психологии и патопсихологии Критерии помраченного сознания (К.Ясперс) Формы нарушения сознания: помрачение и выключение Дереализация Нарушения самосознания Деперсонализация, раздвоение личности, искажение самооценки. Методы выявления нарушений сознания 	2	2			Тексты художественных произведений (Ф.М. Достоевский, М.А. Булгаков, Ф.Кафка и др.) с примерами нарушенного сознания. Художественные фильмы, демонстрирующие примеры нарушений сознания и самосознания (х/ф «На игле») Истории болезни пациентов.	Осн.: 1, 3, 4. Доп.: 2, 5, 6, 7, 31	Анализ и соотнесение предоставленных примеров с конкретной разновидностью нарушения сознания/самосознания. Фиксация результатов в письменном виде
3.5	Патопсихологическая характеристика нарушений восприятия							
	<ul style="list-style-type: none"> Психологический анализ процесса восприятия Активность, пристрастность восприятия Зависимость восприятия от особенностей личности человека Агнэзии Псевдодиагнозы Обманы чувств (сенестопатии, иллюзии, галлюцинации, 	2	2			Тексты художественных произведений с примерами нарушений восприятия. Художественные	Осн.: 1, 3, 4. Доп.: 2, 5, 6, 7, 28, 31	Анализ и соотнесение предоставленных примеров с конкретной разновидностью нарушений

	<p>псевдогаллюцинации)</p> <ul style="list-style-type: none"> Нарушение мотивационного компонента восприятия Методы и методики исследования восприятия 					<p>фильмы, демонстрирующие примеры нарушений сознания и самосознания (х/ф «Превращение», «На игле») Истории болезни пациентов. Патопсихологические методы исследования восприятия стимульный материал.</p>		<p>восприятия. Фиксация результатов в письменном виде.</p>
3.6	Патопсихологическая характеристика нарушений памяти							
	<ul style="list-style-type: none"> Нарушения произвольной памяти: Корсаковский синдром Нарушения опосредованной памяти Нарушение динамики мнестической деятельности. Нарушение мотивационного компонента памяти. Нарушения памяти как следствия изменения ее мотивационно-личностного компонента Динамические расстройства памяти Методы и методики исследования памяти. 	2	2			<p>Примеры клинических нарушений памяти. Истории болезни пациентов. Патопсихологические методы исследования памяти: стимульный материал.</p>	<p>Осн.: 1, 2, 3, 4. Доп.: 28, 30</p>	<p>Анализ и соотнесение предоставленных примеров с конкретной разновидностью нарушений памяти. Фиксация результатов в письменном виде.</p>
3.7	Патопсихологическая характеристика нарушений мышления							
	<ul style="list-style-type: none"> Психологические подходы к классификации и изучению нарушений мышления (Л.З. Зенгарни) Феноменология нарушений мышления Нарушения операциональной стороны мышления Снижение уровня обобщения Искажение уровня обобщения Нарушение динамики мыслительной деятельности Нарушение мотивационного компонента мышления Нарушение критичности мышления Методы и методики исследования мышления 	2	2			<p>Схема интеллектуальной деятельности (А.Р. Лурия), операциональный блок и блок целеполагания (Н.И. Непомнящая – А.Н. Леонтьев). Истории болезни пациентов. Патопсихологические методы исследования:</p>	<p>Осн.: 1, 3, 4. Доп.: 6, 7, 25, 28, 30</p>	<p>Анализ и соотнесение предоставленных примеров с конкретной разновидностью нарушений мышления. Фиксация результатов в письменном виде.</p>

						мышления: стимульный материал.		
3.8	Патопсихологическая характеристика нарушений внимания и умственной работоспособности							
	<ul style="list-style-type: none"> • Формы расстройств внимания: повышенная отвлекаемость, уменьшение объема внимания, инертность внимания • Явление пресыщения • Смысл работы и состояние пресыщения • Влияние нарушений внимания и состояния пресыщения на умственную работоспособность человека. • Колебания умственной работоспособности • Истощаемость нервных процессов. • Явления утомляемости • Методы изучения нарушений внимания • Методы исследования умственной работоспособности 	2			2сем	Патопсихологическое исследование методов исследования внимания и умственной работоспособности: стимульный материал.	Осн.: 1, 3, 4. Доп.: 28	Проведение патопсихологического исследования и работоспособности (работа в парах), фиксация результатов в протоколе, анализ полученных результатов, подготовка заключения.
3.9	Проблема психологического диагноза. Патопсихологическая семиотика							
	<ul style="list-style-type: none"> • Анализ результатов патопсихологического исследования • Отличие психологического диагноза от медицинского • Виды патопсихологических синдромов (В.М. Блейхер) • Правила составления заключений по данным патопсихологического исследования 	2				Заполненные протоколы с результатами выполнения патопсихологических проб.	Осн.: 1, 3, 4. Доп.: 28	Составление патопсихологического заключения (работа в парах)
4.	Раздел 4 НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ	20	16		6			
4.1	Высшие психические функции человека и их мозговая организация. Исторический экскурс.							
	<p>1. Историческая динамика взглядов на проблему локализации ВПФ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Психоморфологические представления и их кризис. • Основные экспериментальные методы исследования мозга (метод разрушения и метод раздражения). • Историческая динамика позиций узкого локализационизма. <p>2. Теория системно-динамической локализации ВПФ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пересмотр понятий «функции» и принципов ее локализации. • Высшие психические функции человека. • Культурно – историческая концепция Л.С. Выготского в контексте нейропсихологической науки. 	2				Атлас по нейропсихологии, электронные варианты учебных пособий	Осн.: 8, 12. Доп.: 8	Устный опрос

4.2	Основные принципы функциональной организации мозга							
	<ul style="list-style-type: none"> • Принцип рефлекторного кольца Бернштейна как основа понимания многоэтапной локализации функций. • Функциональные свойства нейронов мозговой коры. Слои коры, их цитоархитектоника. • Три функциональных блока мозга (А.Р. Лурия): блок регуляции уровней активности; блок приема, переработки и хранения информации; блок регуляции и контроля деятельности. • Особенности структурной организации задних отделов коры. • Особенности структурной организации передних отделов коры. • Прогрессивная дифференциация областей и полей коры в фило- и онтогенезе. • Концепция функциональных систем Анохина. • Особенности структурной организации и связей медиобазальных отделов коры. • Об основных формах нарушения высших корковых функций при локальных поражениях мозга. • О проблеме доминантного полушария. 	4			2лк	Атлас по нейропсихологии, электронные варианты учебных пособий	Осн.: 8,12. Доп.: 8	Проведение контрольной работы по теме «Три функциональных блока мозга: структура и функции». Подготовка творческого эссе на тему «Нейропсихология обыденной жизни: дисфункции в работе структурно-функциональных блоков мозга» (примеры из собственной жизни)
4.3	Нарушение высших корковых функций при поражениях затылочных и затылочно-теменных отделов мозга							
	<ul style="list-style-type: none"> • Зрительный анализатор и строение зрительной коры. • Нарушение предметного восприятия при поражении зрительной коры и симультанная агнозия. • Нарушения осязательного восприятия и тактильная агнозия. • Нарушения ориентировки в пространстве и конструктивная апрактогнозия. • Нарушение грамматических операций и синдром так называемой «мантической афазии». • Нарушение счетных операций и синдром акалькулии. • Об особенностях интеллектуальных процессов при поражениях теменно-затылочных отделов коры 	4	2			Атлас по нейропсихологии, электронные варианты учебных пособий, тексты книги Оливера Сакса «Человек, который принял свою жену за шляпу» (примеры зрительных агнозий, конструктивной апрактогнозии и т.д.)	Осн.: 8.11. Доп.: 8	Анализ и соотнесение предоставленных примеров с конкретным вариантом нарушений зрительно-пространственных функций (верификация мозговой зоны, нейропсихологический механизм). Фиксация результатов в письменном виде.

4.4	<ul style="list-style-type: none"> Нарушение высших корковых функций при поражениях височных отделов мозга 							
	<ul style="list-style-type: none"> Слуховой анализатор и данные о строении слуховой коры. Звуки языка и речевой слух. Нарушение высших корковых функций при поражении верхних отделов левой височной области: акустическая агнозия и сенсорная афазия. Нарушение высших корковых функций при поражении средних отделов височной области: синдром акустико-мнестической афазии. Особенности интеллектуальных процессов при поражении височных систем. Нарушение психических процессов при поражении медиальных отделов височной области. 	2	2			Атлас по нейропсихологии, электронные варианты учебных пособий, тексты книги Оливера Сакса «Человек, который принял свою жену за шляпу» (примеры сенсорной афазии, акустической агнозии и т.д.)	Осн.: 8,11. Доп.: 8	Анализ соотношения предоставленных примеров и конкретным вариантом нарушений слухового восприятия (верификация мозговой зоны, нейропсихологический механизм). Фиксация результатов в письменном виде.
4.5	Нарушение высших корковых функций при поражениях сенсомоторных отделов мозга							
	<ul style="list-style-type: none"> Двигательный анализатор и строение постцентральных отделов коры. Нарушение афферентной основы произвольного движения и синдром «афферентной» (кинестетической) апраксии. Нарушение кинестетической основы речевого акта и синдром «афферентной» (кинестетической) моторной афазии. Нарушение двигательных функций при поражениях премоторной области. Нарушение кинестетической структуры речевого акта и синдром «эфферентной» (кинестетической) моторной афазии. Об особенностях интеллектуальных процессов при поражении премоторных отделов мозга. 		2			Атлас по нейропсихологии, электронные варианты учебных пособий, тексты книги Оливера Сакса «Человек, который принял свою жену за шляпу» (примеры апраксии, афазий и т.д.)	Осн.: 8,11. Доп.: 8	Анализ соотношения предоставленных примеров с конкретным вариантом двигательных функций (верификация мозговой зоны, нейропсихологический механизм). Фиксация результатов в письменном виде.
4.6	Нарушение высших корковых функций при поражении лобных отделов мозга							

	<ul style="list-style-type: none"> Данные о строениях и функциях лобных отделов мозга. Лобные доли и регуляция состояний активности. Лобные доли и регуляция движений и действий. Нарушение гностических процессов при поражениях лобных отделов мозга. Нарушение мнестических процессов при поражении лобных отделов мозга. Особенности интеллектуальных процессов при поражении лобных отделов мозга: нарушение конструктивной деятельности, нарушение анализа смысловых структур, нарушение решения арифметических задач. Синдром «лобной» динамической афазии. Основные варианты «лобного» синдрома 	2	2		2лк	Электронные варианты учебных пособий, наглядный материал (атлас), раздаточный материал (клинические описания больных)	Осн.: 8,11. Доп.: 8,13,25,32	Проверка письменных заданий, устный опрос.
4.7	Методы исследования высших корковых функций							
	<ul style="list-style-type: none"> Задачи нейропсихологического исследования. Общие принципы проведения нейропсихологического исследования. Нейропсихологическое исследование больного. Предварительный анализ Сбор анамнестических данных. Построение схемы исследования. Предварительная беседа. <p>Собственно методы:</p> <ol style="list-style-type: none"> Исследование двигательных функций. <ul style="list-style-type: none"> исследование двигательных функций руки исследование орального праксиса исследование сложных форм организации движений и действий. Исследование слухомоторных координат. <ul style="list-style-type: none"> исследование восприятия и воспроизведения звуковых отношений исследование восприятия и воспроизведения ритмических структур Исследование высших кожно-кинестетических функций. <ul style="list-style-type: none"> исследование осязательной чувствительности исследование кинестетической чувствительности исследование высших осязательных функций и стереогноза Исследование высших зрительных функций. 		4		2лк	Электронные варианты учебных пособий, раздаточный материал (образцы диагностических карт), комплект методик нейропсихологического обследования: стимульный материал	Осн.: 8,11. Доп.: 8	Заполнение бланков нейропсихологического обследования, составление нейропсихологического заключения (работа в парах)

	<ul style="list-style-type: none"> • Исследование зрительного восприятия предметов и изображений • Исследование ориентировки в пространстве • Исследование пространственного мышления <p>5. Исследование мнестических процессов.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Исследование непосредственного запечатления следов • Исследование процесса заучивания • Исследование опосредствованного запоминания <p>6. Исследование речевых функций. Импрессивная речь.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Исследование фонематического слуха • Исследование понимания слов • Исследование понимания простых предложений • Исследование понимания логико-грамматических структур <p>7. Исследование речевых функций. Экспрессивная речь.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Исследование артикуляции речевых звуков • Исследование повторной речи • Исследование номинативной функции речи • Исследование повествовательной речи <p>8. Исследование письма и чтения.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Исследование звукового анализа и синтеза слов • Исследование письма • Исследование чтения <p>9. Исследование счета.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Исследование структуры числовых представлений • Исследование счетных операций <p>10. Исследование процессов мышления.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Исследование понимания сюжетных картин и текстов • Исследование процесса формирования понятий • Исследование особенностей решения задач 							
	ВСЕГО	70	70		20			

заочное отделение

Номер раздела, темы занятия	Название раздела, темы занятий, перечень изучаемых вопросов	Количество аудиторных часов				Материальное обеспечение занятия (наглядные, методические пособия и др.)	Литература	Формы контроля знаний
		Лекции	Семинарские занятия	Лабораторные занятия	СРС			
4 семестр								
1.	Раздел 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	4	2		24			
1.1.	Предмет, задачи и методы исследования медицинской психологии							
	1.Предмет медицинской психологии. 2. Задачи медицинской психологии. 3. Разделы медицинской психологии. 4. Качественные и количественные методы диагностики. 5. Этические аспекты деятельности медицинского психолога.	2	2		2	Схемы структуры и задач медицинской психологии	Осн: 3,4,9	Устный опрос.
1.2.	Психическая болезнь и психическое здоровье							
	1.Определение психического здоровья. 2. Психическая норма и ее виды. 3. Критерии и уровни психического здоровья. 4.Психическая болезнь и психическое расстройство. 5. Понятие синдрома и синдрома. 6. Принципы разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов. 7. Современная классификация психических расстройств. 8. Виды психических расстройств. 9. Понятие психологического здоровья. 10.Критерии психологического здоровья личности	2	2		2	Схемы уровней психического здоровья и видов психической нормы. Художественный фильм «Над кукушкиным гнездом»	Осн.:3, 4,5,7 Доп.:4	Устный опрос. Эссе-рассуждение по фильму «Над кукушкиным гнездом». Вопросы для эссе: Понятие психологического здоровья: что стоит за этим термином, совпадают ли эти

	11. Гипотеза об уровнях психического здоровья Б.С. Братуся							две реальности- психическое и психологическое здоровье, как соотносится это понятием «душевное здоровье», ощутили ли вы себя когда-либо психологически нездоровым, как это было, как вы узнавали что вы нездоровы психологически, какие критерии психологического здоровья можно выделить?- Фиксация самостоятельно выделенных критериев психологического здоровья.
1.3.	Основные теоретические подходы в медицинской психологии							
	<p>1.3.1 Биологический подход в медицинской психологии</p> <ul style="list-style-type: none"> Психические расстройства как следствие нарушения работы головного мозга. Роль биологических факторов в развитии психических болезней. Теория стресса в медицинской психологии. Роль стресса в возникновении психических расстройств. 				3	Схема биологических факторов возникновения психических расстройств	Осн.:5, 9,10	Письменная проверочная работа
	<p>1.3.2 Психодинамический подход в медицинской психологии</p> <ul style="list-style-type: none"> Понятие о психической патологии в классическом психоанализе З.Фрейда. Механизмы формирования психической патологии в психологии самости. Формирование психической патологии в Эго-психологии. Формирование психической патологии в психологии 				3	Схема исторической динамики психоаналитических идей в медицинской психологии	Осн.:5, 10 Доп.:1 1, 15, 18, 27	Письменная проверочная работа

	<p>объектных отношений.</p> <ul style="list-style-type: none"> Психологический диагноз и уровни развития личности 							
	<p>1.3.3 Поведенческий подход в медицинской психологии</p> <ul style="list-style-type: none"> Модель психической патологии в поведенческом подходе. Виды научений. Роль научения в развитии психических расстройств. 				3	Схемы, демонстрирующие психологический механизм возникновения психического расстройства как следствия психического обуславливания, оперантного, классического, когнитивного научения.,	Осн.:5, 10. Доп.:17	Реферат
	<p>1.3.4. Когнитивный подход в медицинской психологии</p> <ul style="list-style-type: none"> Социально-когнитивная теория Дж.Роттера и А.Бандуры. Модель психической патологии в когнитивном подходе. 3. Концепции формирования эмоциональных расстройств А.Эллиса и А.Бека. 				3	Примеры иррациональных и рациональных установок, базовых когнитивных схем	Осн.:5, 10. Доп.:3, 19,24	Ведение дневниковых записей в течение недели, попытка анализа студентами собственных базовых когнитивных схем через автоматические мысли, анализ когнитивных ошибок.
	<p>1.3.5 Экзистенциально-гуманистический подход в медицинской психологии</p> <ul style="list-style-type: none"> Модель психической патологии в экзистенциально-гуманистическом подходе. Основные экзистенциальные проблемы и их проявление при психических расстройствах. Факторы возникновения психических расстройств по К.Роджерсу. 				3	Текст научной статьи Три взгляда на случай Эллен Вест: Л.Бинсвангер, Р.Мэй, К.Роджерс - Консультативная психология и	Осн.:5, 10. Доп.:9, 12,14,32	Подготовка презентации на тему «Три взгляда на случай Эллен Вест».

						психотерапия - 1993/3]		
	1.3.6 Социальный подход в медицинской психологии <ul style="list-style-type: none"> Роль социальных и культурных факторов в формировании психических расстройств Социальные факторы, повышающие устойчивость к психическим расстройствам. 				1	Схема социальных факторов, обуславливающих возникновение психических расстройств	Осн.:5, 10. Доп.: 5	Реферат
	1.3.7 Критический подход в медицинской психологии <ul style="list-style-type: none"> Теория навешивания ярлыков. Проблема стигматизации психически больных людей . 				1	Подборка литературных источников с примерами стигматизирующих высказываний в адрес психически больных людей	Осн.:5, 10. Доп.:2 9	Реферат
	1.3.8 Отечественный подход в медицинской психологии <ul style="list-style-type: none"> Развитие медицинской психологии в дореволюционной России. Развитие психологической науки в советский период. Культурно-историческая обусловленность развития психики. Проблема соотношения биологического и социального в развитии психики Проблема распада и развития психики и ее решения в отечественной психологической науке 		2		3	Электронные варианты биографического материала, учебных пособий	Осн.: 10.	Подготовка рефератов с анализом научных биографий представителей отечественной медицинской психологии: В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, Б.В. Зейгарник., А.Е. Личко, Л.И. Вассерман, С.Я. Рубинштейн и др.
2	Раздел 2 ПСИХОСОМАТИКА	6	4		28			
2.1	Методология и методы исследования в психосоматике							

	<ul style="list-style-type: none"> Предмет и задачи психосоматики Теоретические проблемы анализа механизма психосоматического взаимодействия, специфичности и индивидуальной изменчивости, эффективных методов лечения психосоматических расстройств Типичные методы организации исследований в психосоматике: метод поперечных срезов, лонгитюдный метод, эксперимент, оценка эффективности, нарративный анализ, фокус-группы 				4	Схемы, иллюстрирующие организацию и дизайн психологических исследований, посвященных психосоматической проблеме.	Осн.:11, доп.:1, 16, 20, 26	Подготовка проектов организации психологического исследования соответствии с методом поперечных срезов, лонгитюдным методом. Анализ художественных произведений, пословиц, поговорок, идиоматических выражений с целью выделения устойчивых словосочетаний, характеризующих проблему телесности.
2.2	Классификация психосоматических расстройств							
	<ul style="list-style-type: none"> Соматоформные расстройства Психосоматические заболевания Нарушения пищевого поведения Синдром Мюнхгаузен и другие искусственно демонстрируемые расстройства Влияние хронических соматических заболеваний на личность 	2			4	МКБ-10	Осн.:11, доп.:1, 16, 20, 26	Составление таблицы (название психосоматического расстройства— диагностические критерии по МКБ-10-описание в психологической литературе, посвященной психосоматической проблеме)
2.3	Психоаналитический подход к психосоматической проблеме							
	<ul style="list-style-type: none"> Теория объектных отношений в решении психосоматической проблемы (П.Куттер, Р. Спитц, Дж. Боулби, М.Балинт): 	2	2			Тексты примерами	Осн.:11,	Составление «словаря

[illegible]

	<ul style="list-style-type: none"> Концепция витального «Я» Карла Ясперса Идея свободы Л.Бинсвангера в объяснении психологических механизмов возникновения соматических проблем Человеческое тело: позиция переживания (М. Мерло-Понти, А. Бергсон, В. Подорога) Экзистенциальная психотерапия в психосоматике (И.Ялом, К. Роджерс, Р. Лэнг) 				4	Тексты первоисточников в с описанием стратегии психотерапевтической работы, основанной на экзистенциально-феноменологическом подходе к психосоматической проблеме	Осн.:1 1, доп.:1, 14, 16, 20, 26	Эссе на «Телесность человека как основа его жизни» на основе анализа статьи Тищенко Г.Д. «Что мне тело...»
2.7	Когнитивный подход к психосоматической проблеме							
	<ul style="list-style-type: none"> Когнитивная психотерапия соматоформных расстройств (Д. Сандерс) Анализ интероцептивных ощущений (А.Ш. Тхостов) Когнитивные техники работы с алексетимией (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян) 				4	Тексты первоисточников в с описанием стратегии психотерапевтической работы, основанной на когнитивном подходе к психосоматической проблеме	Осн.:1 1, доп.:1, 16, 20, 26	Реферат
2.8	Нарушения пищевого поведения: виды, психологический механизм							
	<ul style="list-style-type: none"> Диагностические критерии различных вариантов нарушения пищевого поведения: нервная анорексия, нервная булимия, психогенное переедание, навязчивое следование диете, ожирение, орторексия Психологические механизмы возникновения нарушений пищевого поведения: психоаналитическая модель, когнитивная модель, социальная модель 		2		4	МКБ-10	Осн.:1 1, доп.:1, 16, 20, 26	Составление таблицы, содержащей диагностические критерии, сравнительные психологические характеристики людей, страдающих различными нарушениями пищевого

								поведения
5 семестр								
3.	Раздел 3 ПАТОПСИХОЛОГИЯ	8	2		26			
3.1.	Предмет, задачи и методы патопсихологии							
	<ul style="list-style-type: none"> Предмет и задачи патопсихологии Отличие патопсихологии от психопатологии Теоретические основы патопсихологии (концепция деятельности, связь деятельности и мотивационно-потребностной сферы в структуре личности больного, соотношение биологического и социального, распада и развития психики) 	2				Иллюстративный материал, отражающий межпредметные связи и теоретико-методологические основы отечественной патопсихологии.	Осн.:1, 3,4	Проведение сравнительного анализа методов, предмета и объекта патопсихологии и психопатологии: оформление реферативных работ
3.2	Принципы построения патопсихологического исследования							
	<ul style="list-style-type: none"> Задачи патопсихологического исследования Анализ истории болезни Принципы сбора анамнестических данных Основные принципы организации патопсихологического эксперимента: спровоцированный эксперимент и эксперимент на которых основан Беседа и наблюдение в процессе реализации патопсихологического исследования Тактика и стратегия подготовки патопсихологического заключения 				6	«Практикум по патопсихологии» под ред. Б.В. Зейгарник. Образцы протоколов патопсихологического обследования людей. Образцы патопсихологических заключений по конкретным диагностически	Осн.:1, 2,3,4	Подготовка патопсихологического заключения по конкретному диагностическому случаю на основе протокола патопсихологического обследования

						м случаям		
3.3.	Патопсихологическая характеристика нарушений личности							
	<ul style="list-style-type: none"> Клинико-психологический подход к проблеме личности. Анализ взаимосвязи мотивационно-потребностной и эмоциональной сфер личности человека Нарушение мотивационно-личностной сферы (опосредованности и иерархии мотивов, формирование патологических потребностей и мотивов, нарушение смыслообразования и критичности поведения). Нарушение мотивации при различных формах психической патологии. Формирование патологической потребности (алкоголизм, нервная анорексия) Нарушение подконтрольности поведения Методы исследования нарушений эмоционально-мотивационной сферы и личности. 	1			5	Истории болезни пациентов. Художественные фильмы, демонстрирующие нарушения мотивационной сферы (х/ф «Реквием за душой»). Патопсихологические методы исследования: эмоционально-волевой сферы личности: стимульный материал.	Осн.: 1, 2, 3, 4. Доп.: 6, 7, 28, 32	Анализ патопсихологического механизма нарушений личности в конкретном диагностическом случае: нарушение опосредованности и иерархии мотивов, формирование патологических потребностей и мотивов, нарушение смыслообразования и критичности поведения. Соотнесение биографических фактов (история болезни) с патопсихологической феноменологией. Фиксация результатов в виде письменной работы
3.4	Патопсихологическая характеристика нарушений сознания и самосознания							
	<ul style="list-style-type: none"> Понятие сознания в психологии и патопсихологии Критерии помраченного сознания (К.Ясперс) Формы нарушения сознания: помрачение и выключение Деперсонализация Нарушения самосознания: деперсонализация, раздвоение личности, искажение самооценки. Методы выявления нарушений сознания 	1			3	Тексты художественных произведений (Ф.М. Достоевский, М.А. Булгаков, Ф.Кафка и др.) с примерами нарушенного	Осн.: 1, 3, 4. Доп.: 2, 5, 6, 7, 31	Анализ и соотнесение предоставленных примеров с конкретной разновидностью нарушения сознания/самосознания. Фиксация

[illegible]

[illegible]

[illegible]

	<ul style="list-style-type: none"> • Принцип рефлекторного кольца Бернштейна как основа понимания многоэтапной локализации функций. • Функциональные свойства нейронов мозговой коры. Слои коры, их цитоархитектоника. • Три функциональных блока мозга (А.Р. Лурия): блок регуляции уровней активности; блок приема, переработки и хранения информации; блок регуляции и контроля деятельности. • Особенности структурной организации задних отделов коры. • Особенности структурной организации передних отделов коры. • Прогрессивная дифференциация областей и полей коры в фило- и онтогенезе. • Концепция функциональных систем Анохина. • Особенности структурной организации и связей медиобазальных отделов коры. • Об основных формах нарушения высших корковых функций при локальных поражениях мозга. • О проблеме доминантного полушария. 	2	2		2	Атлас по нейропсихологии, электронные варианты учебных пособий	Осн.: 8,12. Доп.: 8	Проведение контрольной работы по теме «Три функциональных блока мозга и структура и функции». Подготовка творческого эссе на тему «Нейропсихология обыденной жизни: дисфункции в работе структурно-функциональных блоков мозга» (примеры из собственной жизни)
4.3	Нарушение высших корковых функций при поражениях затылочных и затылочно-теменных отделов мозга							
	<ul style="list-style-type: none"> • Зрительный анализатор и строение зрительной коры. • Нарушение предметного восприятия при поражении зрительной коры и симультанная агнозия. • Нарушения осязательного восприятия и тактильная агнозия. • Нарушения ориентировки в пространстве и конструктивная апрактогнозия. • Нарушение логико-грамматических операций и синдром так называемой «семантической афазии». • Нарушение счетных операций и синдром акалькулии. • Об особенностях интеллектуальных процессов при поражениях затылочно-затылочных отделов коры 	1			5	Атлас по нейропсихологии, электронные варианты учебных пособий, тексты книги Оливера Сакса «Человек, который принял свою жену за шляпу» (примеры зрительных агнозий, конструктивной апрактогнозии и т.д.)	Осн.: 8.11. Доп.: 8	Анализ и соотнесение предоставленных примеров с конкретным вариантом нарушений зрительно-пространственных функций (верификация мозговой зоны, нейропсихологический механизм). Фиксация результатов в

								письменном виде.
4.4	Нарушение высших корковых функций при поражениях височных отделов мозга							
	<ul style="list-style-type: none"> • Слуховой анализатор и данные о строении слуховой коры. • Звуки языка и речевой слух. • Нарушение высших корковых функций при поражении верхних отделов левой височной области: акустическая агнозия и сенсорная афазия. • Нарушение высших корковых функций при поражении средних отделов височной области: синдром акустико-мнестической афазии. • Особенности интеллектуальных процессов при поражении височных систем. • Нарушение психических процессов при поражении медиальных отделов височной области. 	1			3	Атлас по нейропсихологии, электронные варианты учебных пособий, тексты книги Оливера Сакса «Человек, который принял свою жену за шляпу» (примеры сенсорной афазии, акустической агнозии и т.д.)	Осн.: 8,11. Доп.: 9	Анализ и соотнесение предоставленных примеров с конкретным вариантом нарушений слухового восприятия (верификация мозговой зоны, нейропсихологический механизм). Фиксация результатов в письменном виде.
4.5	Нарушение высших корковых функций при поражениях сенсомоторных отделов мозга							
	<ul style="list-style-type: none"> • Двигательный анализатор и строение постцентральных отделов коры. • Нарушение афферентной основы произвольного движения и синдром «афферентной» (кинестетической) апраксии. • Нарушение кинестетической основы речевого акта и синдром «афферентной» (кинестетической) моторной афазии. • Нарушение двигательных функций при поражениях премоторной области. • Нарушение кинестетической структуры речевого акта и синдром «афферентной» (кинестетической) моторной афазии. • Особенности интеллектуальных процессов при поражении премоторных отделов мозга. 	1			5	Атлас по нейропсихологии, электронные варианты учебных пособий, тексты книги Оливера Сакса «Человек, который принял свою жену за шляпу» (примеры апраксий, афазий т.д.)	Осн.: 8,11. Доп.: 8	Анализ и соотнесение предоставленных примеров с конкретным вариантом двигательных функций (верификация мозговой зоны, нейропсихологический механизм). Фиксация результатов в письменном виде.

4.6	Нарушение высших корковых функций при поражении лобных отделов мозга							
	<ul style="list-style-type: none"> Данные о строениях и функциях лобных отделов мозга. Лобные доли и регуляция состояний активности. Лобные доли и регуляция движений и действий. Нарушение гностических процессов при поражениях лобных отделов мозга. Нарушение мнестических процессов при поражении лобных отделов мозга. Особенности интеллектуальных процессов при поражении лобных отделов мозга: нарушение конструктивной деятельности, нарушение анализа смысловых структур, нарушение решения арифметических задач. Синдром «лобной» динамической афазии. Основные варианты «лобного» синдрома 	1			5	Электронные варианты учебных пособий, наглядный материал (атлас), раздаточный материал (клинические описания больных)	Осн.: 8,11. Доп.: 8,13,25,32	Проверка письменных заданий, устные
4.7	Методы исследования высших корковых функций							
	<ul style="list-style-type: none"> Задачи нейропсихологического исследования. Общие принципы проведения нейропсихологического исследования. Нейропсихологическое исследование больного. Предварительный анализ Сбор анамнестических данных. Построение схемы исследования. Предварительная беседа. <p>Собственно методы:</p> <p>1. Исследование двигательных функций.</p> <ul style="list-style-type: none"> исследование двигательных функций руки исследование оральной функции исследование сложных форм организации движений и действий <p>2. Исследование слухомоторных координаций.</p> <ul style="list-style-type: none"> исследование восприятия и воспроизведения звуковых отношений исследование восприятия и воспроизведения ритмических структур <p>3. Исследование высших кожно-кинестетических функций.</p> <ul style="list-style-type: none"> исследование осязательной чувствительности исследование кинестетической чувствительности исследование высших осязательных функций и 				6	Электронные варианты учебных пособий, раздаточный материал (образцы диагностических карт), комплект методик нейропсихологического обследования: стимульный материал	Осн.: 8,11. Доп.: 8	Заполнение бланков нейропсихологического обследования, составление нейропсихологического заключения (работа в парах)

	<p>стереогноза</p> <p>4.Исследование высших зрительных функций.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Исследование зрительного восприятия предметов и изображений • Исследование ориентировки в пространстве • Исследование пространственного мышления <p>5.Исследование мнестических процессов.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Исследование непосредственного запечатления следов • Исследование процесса заучивания • Исследование опосредствованного запоминания <p>6.Исследование речевых функций. Импрессивная речь.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Исследование фонематического слуха • Исследование понимания слов • Исследование понимания простых предложений • Исследование понимания логико-грамматических структур <p>7.Исследование речевых функций. Экспрессивная речь.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Исследование артикуляции речевых звуков • Исследование повторной речи • Исследование номинативной функции речи • Исследование повествовательной речи <p>8.Исследование письма и чтения.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Исследование звукового анализа и синтеза слогов • Исследование письма • Исследование чтения <p>9.Исследование счета.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Исследование структуры числовых представлений • Исследование счетных операций <p>10.Исследование процессов мышления</p> <ul style="list-style-type: none"> • Исследование понимания сюжетных картин и текстов • Исследование процесса формирования понятий • Исследование особенностей решения задач 							
ВСЕГО		26	10		104			

2.5 ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

2.5.1 СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература

1. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – М., 2002.
2. Детская патопсихология: Хрестоматия. – М., 2000.
3. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2004.
4. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский [и др.]. – СПб., 2005.
5. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб., 2002.
6. Карсон, Р. Аномальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минек. – СПб., 2006.
7. Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. – СПб., 2002.
8. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А. Р. Лурия. – М., 2008.
9. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Юматова. – Ростов-на-Дону, 2003.
10. Фролова, Ю. Г. Медицинская психология: Учебное пособие / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2010.
11. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2003.
12. Хомская, Е. Д. Нейропсихология / Е. Д. Хомская. – СПб., 2005.

Дополнительная литература

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб., 2000.
2. Антонян, Ю. М. Криминальная патопсихология / Ю. М. Антонян, В. В. Гульдан. – М., 1995.
3. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек [и др.]. – СПб., 2003.
4. Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М., 1988.
5. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия: в 2 т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. – М., 1994.
6. Кемпинский, А. Психология шизофрении / А. Кемпинский. – СПб., 1998.
7. Кожуховская, И. И. Нарушение критичности у психически больных / И. И. Кожуховская. – М., 1985.
8. Корсакова, Н. К. Клиническая нейропсихология / Н. К. Корсакова, Л. И. Московичюте. – М., 1988.
9. Кризисные события и психологические проблемы человека / под ред. Л. А. Мергаменщика. – Минск, 1997.
10. Критская, В. П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В. П. Критская, Т. К. Мелешко, Ю. Ф. Поляков. – М., 1991.
11. Куттер, П. Современный психоанализ / П. Куттер. – СПб., 1997.
12. Крукович, Е. И. Кризисное вмешательство / Е. И. Крукович. – Минск, 2003.

13. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. – М., 2003.
14. Лэнг, Р. Расколотое «Я» / Р. Лэнг. – М., 1995.
15. Мак-Вильямс, Н. Психодинамическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. – М., 1998.
16. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994.
17. Мейер, В. Методы поведенческой терапии / В. Мейер, Э. Чессер. – СПб., 2001.
18. Мендос, С. Психодинамические модели в психиатрии / С. Мендос. – М., 2001.
19. Моховиков, А. Н. Телефонное консультирование / А. Н. Моховиков. – М., 2001.
20. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на личность / В. В. Николаева. – М., 1987.
21. Никольская, О. С. Аутичный ребенок: Пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М., 2000.
22. Пергаменщик, Л. А. Кризисная психология / Л. А. Пергаменщик. – Минск, 2004.
23. Поляков, Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении / Ю. Ф. Поляков. – М., 1974.
24. Психотерапия: Учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 2000.
25. Слепович, Е. С. Ребенок с задержкой психического развития (психологическая характеристика). Методическое пособие / Е. С. Слепович. – Минск, 1996.
26. Соколова, Е. Т. Самопознание и самооценка при аномалиях личности / Е. Т. Соколова. – М., 1989.
27. Томэ, Х. Современный психоанализ: в 2 т. / Х. Томэ, Х. Кэхеле. – М., 1996.
28. Рубинштейн, С. Я. Методики экспериментальной патопсихологии / С. Я. Рубинштейн. – М., 1962.
29. Фуко, М. История безумия в классическую эпоху / М. Фуко. – СПб., 1997.
30. Херсонский, Б. Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний / Б. Г. Херсонский. – Киев, 1988.
31. Хрестоматия по суицидологии. – Киев, 1996.
32. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М., 1990.
33. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. – М., 1999.

УЧЕБНЫЙ БЛОК

3.1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ СОДЕРЖАНИЕ КУРСА.

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ТЕМА 1 ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Лекция №1 Предмет, задачи и методы исследования медицинской психологии

Цель лекции – обозначить предмет, задачи и методы медицинской психологии

План лекции:

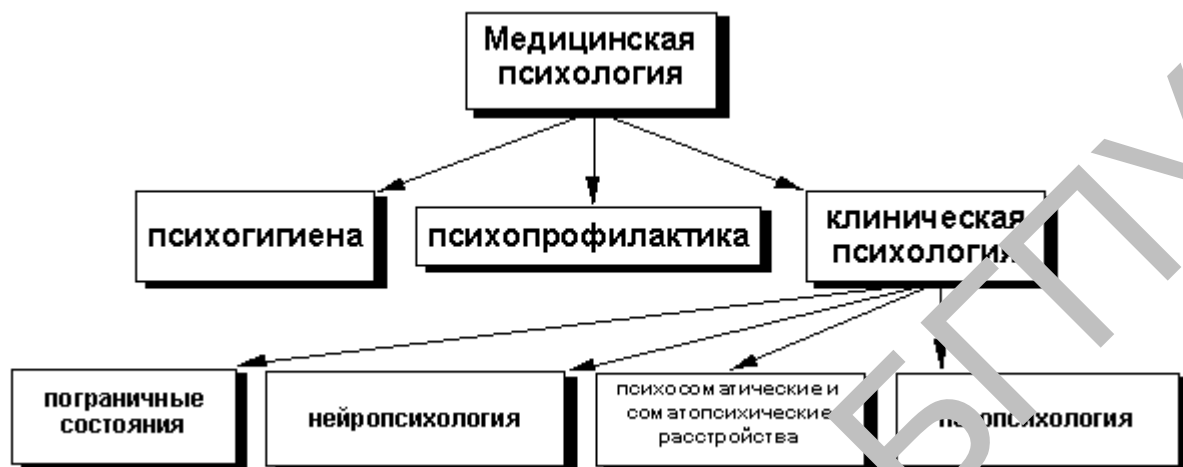
- Предмет медицинской психологии
- Задачи медицинской психологии
- Разделы медицинской психологии
- Качественные и количественные методы исследования
- Этические аспекты деятельности медицинского психолога

При изучении медицинской психологии возникают определенные трудности, которые вызваны отсутствием общих представлений о клинике заболеваний, целостности образа психики больного. В учебной литературе существует известная терминологическая размытость и путаница в определении медицинской психологии.

Содержание медицинской психологии, ее место, объем до сих пор по-разному понимаются специалистами. Общим является то, что рассматривает область, пограничную между медициной и психологией. При этом она изучает проблемы медицины в психологическом аспекте и методами психологии.

В большинстве стран распространено понятие клинической психологии, а не медицинской. В клиническую психологию в США включаются психотерапия, психодиагностика, консультативная психология, психогигиена и реабилитация, некоторые разделы дефектологии, психосоматика. В Польше медицинская психология также понимается достаточно широко, в число ее задач включаются диагностика, клинково-восстановительная деятельность, реабилитация инвалидов, психотерапия, психокоррекция, контроль эффективности психокоррекции и психотерапии.

В нашей стране К. К. Платонов рассматривал клиническую психологию как часть медицинской психологии. Клиническая психология, по его мнению, имеет прикладное значение, отвечая потребностям клиники: психиатрической, неврологической, соматической. В медицинскую психологию Платонов включил помимо клинической психологии психогигиену.



По направленности психологических исследований (на выявление общих закономерностей либо на особенности конкретного больного) можно выделить **общую и частную** медицинскую психологию.

Общая медицинская психология изучает общие вопросы и включает в себя следующие разделы:

1. Основные закономерности психологии больного человека (критерии нормальной, временно измененной и болезненной психики), психологии врача (медицинского работника), психологии повседневного общения больного и врача, психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений.
2. Психосоматические и соматопсихические взаимовлияния.
3. Индивидуальность (темперамент, характер, личность), эволюцию и этапы ее постнатального онтогенеза (включая детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), аффективно-волевые процессы.
4. Медицинскую деонтологию, включающую вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны.
5. Психогигиену (психологию медицинских советов и консультаций, психологию семьи, психогигиену лиц в кризисные периоды их жизни (пубертатный, климактерический). Психологию брака и половой жизни. Психогигиеническое обучение, психотренинг взаимоотношений врача и больного.
6. Общую психотерапию.

Частная медицинская психология изучает конкретного больного, а именно:

- 1) особенности психических процессов у психических больных;
- 2) психику больных на этапах подготовки, выполнения хирургических вмешательств и в послеоперационный период;

3) особенности психики больных, страдающих различными заболеваниями (сердечно-сосудистыми, инфекционными, онкологическими, гинекологическими, кожными и т.д.);

4) психику больных с дефектами органов и систем (слепота, глухота и т.п.);

5) особенности психики больных при проведении трудовой, военной и судебной экспертизы;

6) психику больных алкоголизмом и наркоманией;

7) частную психотерапию.

Можно выделить конкретные клиники, где находят практическое применение знания соответствующих разделов медицинской психологии: в психиатрической клинике – **патопсихология**; в неврологической – **нейропсихология**; в соматической – **психосоматика**.

Патопсихология изучает, по определению Б. В. Зейлинга, структуру нарушений психической деятельности, закономерности распада психики в их сопоставлении с нормой. При этом патопсихология использует психологические методы, оперирует понятиями современной психологии. Патопсихология может рассматривать задачи как общей медицинской психологии (когда изучаются закономерности распада психики, изменения личности психических больных), так и частной (когда исследуются нарушения психики конкретного больного для уточнения диагноза, проведения трудовой, судебной или военной экспертизы).

Близка к патопсихологии **нейропсихология**, объектом изучения которой служат заболевания ЦНС (центральной нервной системы), преимущественно локально-очаговые поражения головного мозга.

Психосоматика изучает влияние психики на возникновение соматических проявлений.

Из всего объема медицинской психологии в данном пособии основное внимание будет уделено **патопсихологии**. Патопсихологию следует отличать от психопатологии. Последняя является частью психиатрии и изучает симптомы психического заболевания клиническими методами, используя медицинские понятия: диагноз, этиология, патогенез, симптомокомплекс и др. Основной метод психопатологии – клиничко-описательный.

На развитие медицинской психологии оказывают существенное влияние следующие медицинские дисциплины: психиатрия, неврология, нейрохирургия, психотерапия, терапия. Это влияние взаимнообразно. Близка медицинская психология и к ряду других психологических и педагогических наук – экспериментальной психологии, трудотерапии, олигофрено-педагогике, тифлопсихологии, сурдопсихологии и др.

Медицинская психология оказывает значительное влияние на развитие общетеоретических вопросов психологии:

- соотношение социального и биологического в развитии психики,

- анализ компонентов, входящих в состав психических процессов,
- развитие и распад психики,
- роль личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности.

Медицинская психология использует знания педагогики, социологии, философии и т.д. Необходимость комплексного подхода пронизывает всю работу медицинского психолога.

Рекомендуемая литература

1. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2004.
2. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский[и др.]. – СПб., 2005.
3. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. А. Во-ронцов, И. И. Юматова. – Ростов-на-Дону, 2003.
4. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология: Учебное пособие / Ю.Г. Фролова. –Минск, 2010.

ТЕМА 2 ПСИХИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Лекция №1 Психическая болезнь и психическое здоровье

Цель лекции – провести теоретическую дифференциацию понятий психическое здоровье-психическая болезнь, обозначить критерии психологического здоровья-личности.

План лекции:

- Определение психического здоровья.
- Психическая норма и ее виды.
- Критерии и уровни психического здоровья.
- Психическая болезнь и психическое расстройство.
- Понятие симптома и синдрома.
- Принципы разграничения психологических феноменов
- и психопатологических симптомов.
- Современная классификация психических расстройств.
- Виды психических расстройств.
- Понятие психологического здоровья.
- Критерии психологического здоровья личности
- Гипотеза об уровнях психического здоровья Б.С. Братуся

Одним из важнейших в медицинской психологии является понятие о психическом здоровье. Согласно Уставу ВОЗ, здоровье определяют как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. Выделяют составляющие здоровья: 1) физическая (физическая активность, физическое благополучие, физические ограничения); 2) психическая (психическое

благополучие, контроль поведения и эмоциональных реакций, функционирование когнитивных процессов); 3) социальная (межличностное общение); 4) ролевая (свобода в выполнении обычных ролей дома, на работе); 5) общая самооценка здоровья.

Описаны три взаимосвязанные аспекты здоровья - соматический, психический и духовный, которые основаны на соответствующих уровнях личности, учет которых необходим для правильного планирования валеологических мероприятий. Духовный (нравственный) аспект здоровья – это мотивация здорового образа жизни, установка на долгую и полноценную жизнь, отсутствие изживенческого отношения к медицине, самостоятельная активность в формировании и укреплении собственного здоровья, бережное отношение к жизни и здоровью других. В соответствии с критериями ВОЗ, под психическим здоровьем понимают: 1. отсутствие выраженных психических расстройств; 2. определенный резерв сил человека, благодаря которому он может преодолеть неожиданные стрессы, затруднения, возникающие в исключительных обстоятельствах; 3. состояние равновесия между человеком и окружающим миром, гармония между ним и обществом, сосуществование представлений отдельного человека с представлениями других людей об "объективной реальности". Психическое здоровье – это отсутствие психического заболевания; нормальное психическое развитие и благоприятное функциональное состояние высших отделов ЦНС. Для детей - это наличие нормальных способностей к овладению знаниями и умениями, возможностей выполнения всех требований школьной жизни, соблюдения норм поведения во взаимоотношениях со сверстниками и педагогами. Нормальное развитие - гармоничное, соответствующее возрасту, с нормальным функциональным состоянием и нормальной умственной работоспособностью, с положительным эмоциональным состоянием.

Б. С. Братусь предложил многоуровневую модель психического здоровья, выделив несколько уровней структуры личности, каждому из которых соответствует свое понимание психического здоровья:

- высший или индивидуально-исполнительный, т. е. уровень реализации деятельности;
- личностно-смысловой;
- психофизиологический уровень (особенности нервных процессов). Согласно этой модели высший уровень личностного здоровья, отвечающий за производство смысловых ориентаций, определение общего смысла жизни, отношение к себе и другим, оказывает регулирующее влияние на нижележащие уровни, характеризующие степень адаптации и психофизиологическое состояние.

Рекомендуемая литература

1. Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М., 1988.

2. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2004.
3. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский[и др.]. – СПб., 2005.
4. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб., 2002.
5. Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р.Комер. – СПб., 2002.

ТЕМА 3 ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Лекция №1 Биологический и психодинамический подходы в медицинской психологии

Цель лекции – осветить роль биологических факторов в развитии психических болезней, определить механизмы формирования психической патологии с точки зрения психодинамического подхода

План лекции:

- Психические расстройства как следствие нарушения работы головного мозга. Роль биологических факторов в развитии психических болезней

- Теория стресса в медицинской психологии
- Роль стресса в возникновении психических расстройств.
- Понятие о психической патологии в классическом психоанализе З.Фрейда.
- Механизмы формирования психической патологии в психологии самости.
- Формирование психической патологии в Эго-психологии.
- Формирование психической патологии в психологии объектных отношений.
- Психологический диагноз и уровни развития личности

В современной медицинской психологии существуют разные подходы к пониманию возникновения болезней психики. Один из таких подходов – биологический, рассматривает психические расстройства как следствие нарушений в работе головного мозга. При этом причину таких нарушений биологический подход рассматривает как следствие воздействия различных биологических факторов - генетических, биохимических, нейрофизиологических. Влияние биологических факторов на возникновение нервных и психических заболеваний изучалось рядом ученых. Среди них: М.С. Лебединский, А.Р.Лурия, и другие.

В начале XX в. биомедицинская модель была подвергнута пересмотру под влиянием концепции *общего адаптационного синдрома* Г. Селье. Согласно адаптационной концепции болезнь есть неправильно направленная либо чрезмерно интенсивная адаптационная реакция организма. Применительно к психическим нарушениям в адаптационной модели состояние болезни (как дезадаптации или как разновидности адаптации) не соотносится с особенностями личности и ситуации, в которой происходит нарушение психической сферы.

Психодинамический подход, в отличие от дискретно-описательного диагностического подхода, представляет собой прежде всего анализ структуры личности с точки зрения ее развития. Нормальное развитие, по З. Фрейду, происходит с помощью механизма

сублимации, а развитие, которое происходит посредством механизмов вытеснения, регрессии или фиксации, рождает психическую патологию.

Рекомендуемая литература

1. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб., 2002.
2. Куттер, П. Современный психоанализ / П. Куттер. – СПб., 1997.
3. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. – М., 1998.
4. Менцос, С. Психодинамические модели в психиатрии / С. Менцос. – М., 2001.
5. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Юматова. – Ростов-на-Дону, 2003.
6. Томэ, Х. Современный психоанализ: в 2 т. / Х. Томэ, Х. Кэхаре. – М., 1996.
7. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология: Учебное пособие / Ю.Г. Фролова. – Минск, 2010.

Лекция №2 Поведенческий и когнитивный подходы в медицинской психологии

Цель лекции – изложить модель психической патологии в поведенческом и когнитивном подходах.

План лекции:

- Модель психической патологии в поведенческом подходе.
- Виды научений.
- Роль научения в развитии психических расстройств.
- Социально-когнитивная теория Дж.Роттера и А.Бандуры.
- Модель психической патологии в когнитивном подходе.
- Концепции формирования эмоциональных расстройств А.Эллиса и А.Бека.

С точки зрения поведенческого подхода, расстройства могут быть связаны со следующими факторами:

- 1) дезадаптивное поведение как следствие процессов обусловливания – классического (рефлекторного) и оперантного;
- 2) нарушенное поведение как следствие максимального нарушения процессов обусловливания;
- 3) расстройства как следствие влияния когнитивных факторов, участвующих в процессе научения.

Когнитивный подход основан на том принципе, что чувства и действия человека перестают соответствовать ситуации, после того как он начинает расшифровывать эту ситуацию, пользуясь иррациональными соображениями. Например, эмоциональное расстройство, сопровождаемое чувством тревоги и бессилия, связано скорее с ложной когнитивной интерпретацией человеком тех или иных событий, нежели с самими этими

событиями. Эллис (Ellis, 1962) выделил ряд иррациональных представлений, которые, по его мнению, бывают причиной большинства неадекватных поступков человека. А. Бек предложил свою концепцию возникновения психических расстройств, а также способы работы с эмоциональными расстройствами в рамках т.н. когнитивной психотерапии.

Рекомендуемая литература

1. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек [и др.]. – СПб., 2003.
2. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб., 2002.
3. Мейер, В. Методы поведенческой терапии / В. Мейер, Э. Чессер. – СПб., 2001.
4. Моховиков, А. Н. Телефонное консультирование / А. Н. Моховиков. – СПб., 2001.
5. Психотерапия: Учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 2000.
6. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология: Учебное пособие / Ю.Г. Фролова. – Минск, 2010.

Лекция №3 Экзистенциально-гуманистический и социальный подходы в медицинской психологии

Цель лекции – изложить модель психической патологии в экзистенциально-гуманистическом и социальном подходах

План лекции:

- Модель психической патологии в экзистенциально-гуманистическом подходе.
- Основные экзистенциальные проблемы и их проявление при психических расстройствах.
- Факторы возникновения психических расстройств по К.Роджерсу.
- Роль социальных и культурных факторов в формировании психических расстройств
- Социальные факторы, повышающие устойчивость к психическим расстройствам.

Экзистенциально-гуманистическое направление в медицинской психологии включает в себя разнообразные подходы, школы и методы, которые в самом общем виде объединяет идея личностной интеграции, личностного роста, восстановления целостности человеческой личности. Его теоретической основой являются экзистенциальные взгляды и гуманистическая психология. Гуманистические теории видят причину расстройств в блокировании естественной потребности человека к самоактуализации. Экзистенциальная парадигма, полагает, что расстройство – следствие неспособности индивида ответить на основные вопросы своей жизни и принять естественные ограничения человеческого существования. Личностная интеграция, рост аутентичности и спонтанности, принятие и осознание себя во всем своем многообразии, уменьшение расхождения между Я-концепцией и опытом рассматриваются как самые значимые факторы психического здоровья личности.

Социальный подход описывает психические расстройства как следствие неблагоприятного влияния социальных факторов. При этом считается, что социальные условия поддерживают существование расстройства. В частности, большая роль отводится нарушениям в такой социальной системе как семья, что делает этот подход близким к системному.

Рекомендуемая литература

1. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия: в 2 т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Селзек. – М., 1994.
2. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб., 2001.
3. Кризисные события и психологические проблемы человека / под ред. Л.А. Пергаменщика. – Минск, 1997.
4. Крукович, Е. И. Кризисное вмешательство / Е. И. Крукович. – Минск, 2003.
5. Лэнг, Р. Расколотое «Я» / Р. Лэнг. – М., 1995.
6. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология: Учебное пособие / Ю.Г. Фролова. – Минск, 2010.
7. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М., 1990.

Лекция №4 Критический подход в медицинской психологии. Отечественный подход в медицинской психологии.

Цель лекции – изложить модели психической патологии в критическом подходе, взгляды отечественных психологов (дореволюционная Россия, советская психология, современная отечественная психология) на проблему распада психики.

План лекции:

- Теория навешивания ярлыков.
 - Проблемы стигматизации психически больных людей.
 - Развитие медицинской психологии в дореволюционной России.
 - Развитие психологической науки в советский период.
 - Культурно-историческая обусловленность развития психики.
 - Проблема соотношения биологического и социального в развитии психики.
- Проблема распада и развития психики и ее решения в отечественной психологической науке.

Критический подход к пониманию сущности психического расстройства основан на анализе моральных и политических взглядов, лежащих в основе направлений психиатрии и медицинской психологии. Сторонники выступают за обновление системы в целом, изменение отношения общества к психически больным, модификацию основных постулатов целей медицинской практики.

До 1920-х годов отечественная медицинская психология развивалась в общем русле мировой психологической науки. Проведенные Л.С. Выготским в 1920-1930-е гг. исследования способствовали развитию теории локализации психических функций и построению концепции отечественной дефектологии. Работы Б.В. Зейгарник легли в основу патопсихологии. А.Р. Лурия сформулировал основные положения современной нейропсихологии. В.Н. Мясищев создал оригинальную концепцию неврозов. Общепсихологическими теориями, использованными для развития концепций отечественной медицинской психологии явились теория деятельности и теория развития высших психических функций. Возрождение отечественной медицинской психологии началось в 1960-х гг.

Рекомендуемая литература

1. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2004.
2. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Шаумана. – СПб., 2002.
3. Психотерапия: Учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 2000. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский [и др.]. – СПб., 2005.
4. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология: Учебное пособие / Ю.Г. Фролова. – Минск, 2010.

РАЗДЕЛ 2. ПСИХОСОМАТИКА

ТЕМА 1 МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХОСОМАТИКЕ

Лекция №1 Методология и методы исследования в психосоматике

Цель лекции – изложить основные методологические проблемы организации исследования психосоматического взаимодействия, предложить пути решения этой проблемы.

План лекции:

- Предмет и задачи психосоматики.
- Теоретические проблемы анализа механизма психосоматического взаимодействия, специфичности и индивидуальной изменчивости, эффективных методов лечения психосоматических расстройств.
- Типичные методы организации исследований в психосоматике: метод поперечных срезов, лонгитюдный метод, эксперимент, оценка эффективности, нарративный анализ, фокус-группы.

Психосоматика – междисциплинарное научное направление, в котором изучаются психологические, социальные и культурные факторы возникновения телесных заболеваний.

Проблемы, с которыми психосоматика сталкивается на современном этапе, обусловлены несколькими причинами: абсолютизацией роли психологических факторов в

развитии заболеваний, невозможностью бесконфликтного совмещения психологического и медицинского подходов в исследовании, недостаточным вниманием, которое уделяется феномену телесности в психологии. Типичные модели исследования, характерные для психосоматики и психологии здоровья: метод поперечных срезов, лонгитюдный метод, эксперимент, оценка эффективности, нарративный анализ, фокус-группы.

Рекомендуемая литература

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб., 2000.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994.
3. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на личность / В. В. Николаева. – М., 1987.
4. Соколова, Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е. Т. Соколова. – М., 1989.
5. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2003.

ТЕМА 2 КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Лекция №1 Классификация психосоматических расстройств

Цель лекции – ознакомить с основными видами психосоматических расстройств, диагностическими критериями их выделения.

План лекции:

- Соматоформные расстройства.
- Психосоматические заболевания.
- Нарушения пищевого поведения.
- Синдром Мюнхгаузера и другие искусственно демонстрируемые расстройства.
- Влияние хронических соматических заболеваний на личность.

Изучение психосоматических расстройств, ранняя профилактика и диагностика требуют обоснованной классификации. Одним из примеров таких классификаций может быть представление I. Jochmus, G. M. Schmitt (1986) о группировке соматических расстройств, тесно связанных с психологическими трудностями.

В первую группу отнесены психосоматические функциональные нарушения, то есть те соматические синдромы, при которых не обнаруживаются органические поражения органов и систем.

Во вторую группу включены психосоматические болезни: бронхиальная астма, нейродермит, язвенный колит, болезнь Крона, язва желудка, нервная анорексия, булимия, ожирение.

Третья группа объединяет тех хронических больных, у которых возникают серьезные переживания. Здесь объединены пациенты с муковисцидозом, сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью, злокачественными новообразованиями.

Другим примером может служить классификация психосоматических расстройств у, предложенная Н. Zimprich (1984). Среди этих расстройств выделены психосоматические реакции, функциональные нарушения, психосоматические заболевания с органической манифестацией, специфические психосоматозы (колит, язва желудка и др.).

Конверсионные расстройства традиционно понимают как потерю или нарушение физиологических функций, утрачивающих произвольное управление вследствие психологических проблем. Часто эти состояния напоминают неврологические симптомы, но они могут поражать любую систему или орган [Williams S., Global M., 1984]. В детском возрасте сочетание конверсии и истерической личности встречается не менее чем в 50% диагностируемых расстройств.

Болевой синдром. Его основная черта — жалобы на боль в отсутствие физических расстройств или жалобы на боль, которая намного сильнее, чем это могло бы быть обусловлено физическим состоянием. Соматизацию часто представляют как множественные соматические жалобы, которые не могут быть объяснены никакой физической причиной. Она представляет собой способ преодоления психологического стресса, имеет тенденцию появляться в пубертатном периоде и часто течет хронически, приступообразно с ремиссиями в течение жизни.

Ипохондрия имеет свои признаки: убежденность в наличии болезни, сосредоточенность на своем здоровье, боязнь болезни, упорное злоупотребление медицинской помощью. Симуляция может быть определена как притворство или использование болезни для того, чтобы избежать нежелательной ситуации, работы или других обязанностей. Искусственно продуцируемое расстройство здоровья понимают как заболевание, которое вызывают обдуманные действия пациента вне зависимости от того, имеется болезнь или нет. Хроническое искусственное расстройство (синдром Мюнхгаузена) характеризуется повторными госпитализациями из-за симулируемого заболевания, часто приводящего к хирургическому вмешательству. В международной классификации болезней (10-й пересмотр), принятой ВОЗ в 1992 г. и переведенной на русский язык в 1994 г., есть разделы, в которых рубрифицируются психосоматические расстройства. Так, в разделе «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F54) имеется подраздел «Соматоформные расстройства» (F45), который включает соответствующие рубрики.

Рекомендуемая литература

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб., 2000.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994.
3. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1989.
4. Соколова, Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е. Т. Соколова. – М., 1989.
5. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2003.

ТЕМА 3 ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМЕ

Лекция №1 Психоаналитический подход к психосоматической проблеме

Цель лекции – изложить различные варианты решения психосоматической проблемы с использованием категориального аппарата психоаналитических концепций.

План лекции:

- Теория объектных отношений в решении психосоматической проблемы (П.Куттер, Р. Спитц, Дж. Боулби, М.Балинт): психоаналитическая интерпретация нейродермита (К. Томэ, Х. Кэхеле), расстройств приема пищи (П.Керсмент), модель утраты объекта (Г.Энгель, Э. Шмале).
- Психосоматическое расстройство как неудавшееся адаптация к стрессовому воздействию: теория защитных механизмов (А. Митчерлих, А.Гарма, М. Шур).
- Конверсионная модель возникновения психосоматических расстройств (З. Фрейд).
- Психосоматическая медицина, теория специфичности (Ф. Александер, Ш. Селесник, Ф. Данбар)

Психоаналитический подход в психосоматической медицине означает, что психосоматические симптомы рассматриваются как реакции (R), обусловленные внешней и внутренней ситуацией, в которые свой вклад вносят сознательные, предсознательные и полностью бессознательные процессы переработки и научения.

Научная основа, на которой в дальнейшем развивались психосоматические исследования, была заложена З. Фрейдом, создавшим конверсионную модель, согласно которой ущемленные эмоции порождают конверсионные симптомы. Вытесненные из сознания социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные) прорываются, принимая ту или иную символическую форму (Бройтигам и др., 1999).

К теориям данного направления относятся также: теория де- и ресоматизации Шура (Schur, 1974), модель отказа от веры в будущее Энгеля и Шмале (Engel, Schmale, 1967), концепция потери объекта Фрайбергера (Freyberger, 1976), концепция двухфазной защиты, или двухфазного вытеснения, Митчерлиха (Mitscherlich, 1956).

Теория специфического психодинамического конфликта Александра. Основателем современной психосоматики считается Франц Александер. Упомянутые выше психосоматические теории исходили из дифференцированных психологических конструкций, причем соматическое лечилось исключительно на психологическом уровне (конверсия, регрессия, ре-соматизация и т. д.). Александер впервые в 1950 г. предложил теорию, согласно которой симптомы вегетативного невроза являются не попыткой выражения подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. Александер говорит о вегетативном неврозе в случае постоянного физиологического сопровождения эмоциональных состояний напряжения при отсутствии действия, направленного вовне и сбрасывающего напряжение. На втором этапе обратимые функциональные симптомы ведут к необратимым изменениям в органах (Александер, 2002).

3. Фрейд описал психосоматический механизм развития телесных заболеваний: по его мнению, при неврозах сильное эмоциональное возбуждение (психотравма) приводит к соматическим нарушениям. В дальнейшем сложилась психоаналитическая трактовка подобных заболеваний, согласно которой психосоматические нарушения формируются вследствие сочетанного действия двух механизмов. Со стороны сознания — это механизм вытеснения, являющегося преградой на пути доступа в сферу сознания неприемлемых подсознательных мыслей и желаний (по крайней мере, в их изначальной форме — неприкрытой, «голой правды», неотретушированной сознанием). Со стороны же подсознания действует механизм конверсии, благодаря которому «подсознательный материал» прорывается на поверхность в трансформированной форме, в виде символов, обходящих центр сознания, но в то же время недвусмысленно указывающих на внутренний конфликт.

Отсюда те или иные болезненные психосоматические проявления являются ответами на неприемлемую жизненную ситуацию в символической форме. С этой точки зрения приступ бронхиальной астмы — не что иное, как заторможенный «приступ плача», или призыв материнской помощи. Распространенным заболеванием с отчетливым психосоматическим компонентом и сходным внутренним психологическим конфликтом является вазомоторный ринит (риносинусит) — своего рода невыплаканные, «невидимые миру слезы».

Психоаналитическая интерпретация расстройств пищеварения — это неспособность «переварить жизненные обстоятельства». Символическая трактовка язвенной болезни

желудка (а отчасти и панкреатита) — соматизированные самообвинения, следствие испытываемого человеком чувства вины и самонаказания, как бы «переваривание» им самого себя (в русском языке к этой ситуации хорошо подходит образное выражение «самоедство»). В основе болезней кишечного тракта, по мнению А. Лоуэна, также лежит «задержанный» плач (фрейдовская психоаналитическая трактовка колитов — ригидность, мелочность, скупость и стремление контролировать окружающих, так называемый «анальный характер»).

Заболевания опорно-двигательного аппарата (позвоночник, суставы) — отражение «пассивной раздраженности» жизненной ситуацией, которую с одной стороны человек не приемлет (что и служит причиной его раздражения), а с другой — не считает для себя возможным разрешить с помощью активных собственных действий. К этому обычно добавляется переживание отсутствия внешней поддержки и опоры, либо ощущение буквально физического «давления» жизненных обстоятельств.

Еще одна давно попавшая в поле зрения психоанализа телесно-психологическая проблема — разнообразные боли (головные боли, боли в области сердца и др.). Здесь можно напрямую наблюдать, как телесные боли являются отражением боли душевной. Последняя представляет собой по сути не что иное, как самонаказание, причиной которого является чувство вины, внедренное жестким патриархальным воспитанием в раннем детстве в глубинные слои психики человека. Предрасположенность к развитию психогенных болей отмечается также у лиц с жесткой, ригидной (эпилептоидной) структурой характера, с гипертрофированным «Супер-Эго».

По механизму вытеснения («не вижу — потому что не хочу видеть», «не чувствую — потому что не хочу чувствовать») или самонаказания развиваются и истерические (конверсионные) нарушения движений, чувствительности, зрения, речи.

Рекомендуемая литература

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. — СПб., 2000.
2. Куттер, П. Современный психоанализ / П. Куттер. — СПб., 1997.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — СПб., 1994.
4. Менцос, С. Психодинамические модели в психиатрии / С. Менцос. — М., 2001.
5. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. — М., 1987.
6. Соколова, Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е. Т. Соколова. — М., 1989.
7. Томэ, Х. Современный психоанализ: в 2 т. / Х. Томэ, Х. Кэхеле. — М., 1996.

ТЕМА 4 ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ В ПСИХОСОМАТИКЕ

Лекция №1 Физиологические теории в психосоматике

Цель лекции – изложить основные подходы к решению психосоматической проблемы в рамках естественно-научного подхода.

План лекции:

- Теория кортико-висцеральной патологии в решении психосоматической проблемы (К.М. Быков, И.Т. Курцин, В.Н. Черниговский).
- Психосоматическое заболевание как проявление неспецифического адаптационного синдрома: теория стресса в психосоматике (Р.Лазарус, Г. Селье).

Теория стресса (Cannon, 1975, Селье, 1982, 1991) — экспериментально-психологические, клиничко-физиологические, биохимические и патологические исследования последствий эмоционального стресса, устанавливающие влияние экстремальных и хронических стрессовых ситуаций на восприимчивость, особенности патогенеза, течения и терапии психосоматических заболеваний. В данное направление входит большое число отдельных направлений изучения психосоматической патологии (например, стресс и адаптационные реакции, стресс и стрессорные повреждения, стресс-факторы и картина их субъективного переживания и т.д.).

Нейрофизиологическое направление (Анохин, 1975; Губачев, 1994; Судаков, 1987; Курцин, 1973), в основе которого лежит стремление установить взаимосвязи между отдельными психофизиологическими характеристиками (например, некоторые неокортикально-лимбические характеристики или сим-патико-парасимпатикотрофные проявления) и динамикой висцеральных проявлений (активацией органных функций). Принципиальной основой концепции является наличие функциональных систем. Данное направление изучает нейрофизиологическое обеспечение стойких патологических состояний и объясняет возникновение психосоматических расстройств нарушенными кортико-висцеральными взаимоотношениями. Суть этой теории заключается в том, что нарушения кортикальных функций рассматриваются как причина развития висцеральной патологии. При этом учитывается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. Влияние коры больших полушарий на внутренние органы осуществляется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами.

Психоэндокринное и психоиммунное направление исследований, изучающее широкий спектр нейроэндокринных и ней-рогуморальных феноменов у больных психосоматическими заболеваниями (психоэндокринное тестирование особенностей и уровня синтеза катехоламинов, гипофизарных и тиреоидных гормонов, специфика

иммунограмм). Поиск «специфического неирогормонального обеспечения» эмоционального реагирования показал, что высокий уровень личностной и ситуативной тревожности связан с разнонаправленными нейро-гормональными сдвигами. Теория нарушения функциональной асимметрии мозга как причина психосоматической патологии (Косенков, 1997, 2000).

Рекомендуемая литература:

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб., 2000.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994.
3. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1987.
4. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. Б. Воронцов, И. И. Юматова. – Ростов-на-Дону, 2003.
5. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2003.

ТЕМА 5 НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТНОЙ БОЛЕЗНИ: ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ТИП «А» И ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ТИП «С»

Лекция №1 Направленность личности и болезни: поведенческий тип «А» и поведенческий тип «С»

Цель лекции – осветить психологические факторы возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний.

План лекции:

- Концепция констелляции личностных профилей Ф. Данбар
- Экспериментальное исследование Г.Фридмана, Р. Розенмана
- Физиологические корреляты поведенческого типа «А».
- Психологические факторы возникновения онкологического заболевания (поведенческий тип «С») депрессия и выученная беспомощность (Р. Шэкле, М. Селигман), недостаточная эмоциональная выразительность и подавление негативных эмоций, отсутствие социальной поддержки или потеря близкого человека (А. Эйнджел, Р. Мэтьюс).

Фридман и Розенман, обобщив наблюдения за пациентами, первыми описали «поведенческий синдром», связанный с развитием ССЗ, который и получил название «поведение типа А». Специальный опрос таких пациентов показал, что торопливость, нетерпение и постоянное ощущение нехватки времени действительно являются стабильной особенностью их поведения.

В дальнейшем многие авторы описали характеристики людей с поведенческим типом А: высокий темп жизни для достижения нечетко сформулированной (часто

труднодостижимой) цели; постоянное стремление к сравнению и конкуренции, к продвижению по служебной лестнице; настойчивый поиск признания; активное участие в разных видах деятельности; дефицит времени; высокая готовность к действиям, нетерпеливость и постоянная спешка; отсутствие ощущения безопасности; высокий темп жизни и ускорение многих физических и психических функций; неспособность к релаксации. Кроме того, были отмечены определенные внешние проявления этого типа поведения, такие как бесцельная враждебность, раздражительность, быстрая, громкая и отрывистая речь с акцентированием отдельных слов и выражений, энергичные жесты. Обычно указывают и на то, что такие люди быстро уходят и быстро едят.

Противоположный тип поведения (тип Б) описывается значительно менее подробно. Люди, которым присуще это поведение, чередуют работу и отдых, им не свойственно состояние эмоционального напряжения, они расслаблены, неторопливы. Их речь мягче и спокойнее (как и жестикуляция). Все это, однако, совсем не означает, что они ленивы, пассивны в отношении своих обязанностей и работают неэффективно.

Поведенческий тип «С» – система признаков, полученных при помощи личностных тестов и характеризующих индивидов, принадлежащих к группе риска заболевания раком. Среди этих признаков ведущая роль принадлежит за подавлением отрицательных эмоций. Наиболее характерными являются тенденции избегать конфликтов и стрессов, не проявление эмоций, стремление полагаться исключительно на себя, но при скрытой зависимости от других.

Рекомендуемая литература:

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб., 2000.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1997.
3. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1987.
4. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Коматова. – Ростов-на-Дону, 2003.
5. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2003.

ТЕМА 6 ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ ТЕОРИИ В ПСИХОСОМАТИКЕ

Лекция №1 Феноменологические и экзистенциальные теории в психосоматике

Цель лекции – осветить основные принципы феноменологического и экзистенциального подходов в решении психосоматической проблемы.

План лекции:

- Концепция витального «Я» Карла Ясперса
- Идея свободы Л.Бинсвангера в объяснении психологических механизмов возникновения соматических проблем
- Человеческое тело: позиция переживания (М. Мерло-Понти, А. Бергсон, В. Песоцкого)
- Экзистенциальная психотерапия в психосоматике (И.Ялом, К. Роджерс, Р. Лэнг)

В работе «Общая психопатология» К. Ясперс писал, что «единство тела и души истинно только как идея», поскольку человеческое существование всегда представляет собой нечто большее. Такая позиция Ясперса в отношении психосоматического единства обусловлена его особым отношением к феноменологическому методу.

Психосоматическое заболевание, согласно К. Ясперсу, может возникнуть: - автоматически, -как привычная реакция на разного рода трудности ради решения важных личностных задач.

Телесность человеческого существования Л. Бинсвангер рассматривает как данность. Первопричиной заболевания является ограниченность человека лишь одним из возможных модусов существования.

Р. Лэнг полагал, что каждый человек переживает себя как сложным образом связанным со своим телом.

Экзистенциальная терапия в работе с психосоматическими расстройствами помогает людям войти в контакт со своим телом, осознать, что имеющееся у них физические проблемы отражают их отношение к жизни.

Рекомендуемая литература:

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб., 2000.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994.
3. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1987.
4. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Юматова. – Ростов-на-Дону, 2003.
5. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2003.

ТЕМА 7 КОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМЕ

Лекция №1 Когнитивный подход к психосоматической проблеме

Цель лекции – осветить основные принципы когнитивного подхода к решению психосоматической проблемы.

План лекции:

- Когнитивная психотерапия соматоформных расстройств (Д. Сандерс)
- Анализ interoцептивных ощущений (А.Ш. Тхостов)
- Когнитивные техники работы с алекситимией (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян)

Интерпретация телесных событий имеет значительное влияние на развитие соматоформных расстройств. Осознанию interoцептивных ощущений способствуют их сила, новизна, постоянство, болезненность и влияние на общую активность. Термин «алекситимия» (a - отсутствие; lexis - слово; thymos - эмоция) был введен П. Сифнеосом для обозначения ведущего, по его мнению, психического расстройства, лежащего в основе психосоматических заболеваний - ограниченной способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче. По его описанию для страдающих алекситимией характерны следующие особенности. Они бесконечно описывают физические ощущения, часто не связанные с найденным заболеванием, а внутренние ощущения обозначаются обычно в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т.д. Их аффекты неадекватны, им трудно вербализовать чувства. «Алекситимики» отличаются неразвитой фантазией, тенденцией к импульсивности, бедностью межличностных связей. Их преобладающий образ жизни - действие. Беседы с ними сопровождаются обычно ощущением скуки и бессмысленности контакта.

Выделяются две модели, объясняющие синдром алекситимии и ее роль в формировании психосоматических расстройств. Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов. Тогда можно допустить обратимость синдрома алекситимии. Однако у многих больных алекситимические проявления необратимы даже при длительной интенсивной психотерапии. Они остаются неспособными к осознанию эмоций и фантазированию. В отношении их более адекватной представляется «модель дефицита», в соответствии с которой имеет место не торможение, а отсутствие некоторых психических функций, ведущее к снижению (необратимому) способности символизировать инстинктивные потребности и фантазировать.

Рекомендуемая литература:

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб., 2000.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994.

3. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1987.
4. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Юматова. – Ростов-на-Дону, 2003.
5. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2003.

ТЕМА 8 НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: ВИДЫ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ

Лекция №1 Нарушения пищевого поведения: виды, психологический механизм

Цель лекции – обозначить основные психологические механизмы возникновения различных вариантов нарушений пищевого поведения.

План лекции:

- Диагностические критерии различных вариантов нарушений пищевого поведения: нервная анорексия, нервная булимия, психогенное переедание, навязчивое следование диете, ожирение, орторексия
- Психологические механизмы возникновения нарушений пищевого поведения: психоаналитическая модель, когнитивная модель, социальная модель

Нарушения пищевого поведения – это отчетливое нарушение пищевых привычек или поведения по контролю массы тела. Эти нарушения приводят к клинически значимому повреждению здоровья или психосоциального функционирования (О.А. Скугаревский). Факторы развития нервной анорексии: нарушение образа тела, социально-психологические факторы, индивидуально-личностные факторы. Эмоциональные нарушения как причина возникновения нервной булимии. Психогенное переедание как один из психологических способов снижения тревожности. Синдром навязчивого следования диете: основания для выделения его как отдельной нозологической единицы. Орторексия – проблема современности, основа для формирования иппохондрического расстройства.

Рекомендуемая литература:

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб., 2000.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994.
3. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1987.
4. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Юматова. – Ростов-на-Дону, 2003.

5. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2003.

РАЗДЕЛ 3 ПАТОПСИХОЛОГИЯ

ТЕМА 1 ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Лекция №1 Предмет, задачи и методы патопсихологии

Цель лекции – обозначить методолого-теоретические основы отечественной патопсихологии, ее межпредметные связи..

План лекции:

- Предмет и задачи патопсихологии
- Отличие патопсихологии от психопатологии
 - Теоретические основы патопсихологии (понятия деятельности, связь деятельности и мотивационно-потребностной сферы в структуре личности больного, соотношение биологического и социального, распада и развития психики)

Патопсихология - раздел медицинской психологии - науки, возникшей на стыке медицины и психологии. Б. В.Зейгарник: патопсихология исследует структуру нарушений психической деятельности, закономерности ее распада в их сопоставлении с нормой, при этом она дает классификацию психопатологических явлений в понятиях современной психологии. Патопсихология использует клинические критерии, так как без постоянного соотнесения с ними она бы утратила свое практическое значение. О. П.Росин: патопсихология изучает закономерности и стереотип развития психической болезни, предмет исследования: то, что предшествует психопатологическим образованиям в патогенезе болезни.

Психопатология, так же, как патопсихология, является наукой, изучающей расстройства психики, но пользуются они разными методами (психологическими и клиническими, соответственно).

Основатель патопсихологии Б. В.Зейгарник (ученица К. Левина). Ею разработаны теоретические основы патопсихологии, описаны расстройства психических процессов, сформулированы принципы работы патопсихолога. Последователи: Поляков, С. Я. Рубинштейн, Соколова, Тхостов, Братусь.

Патопсихология явл-ся психологической дисциплиной, это определяет ее предмет и ограничивает его от предмета психиатрии. Патопсихология как психологическая дисциплина исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме. Практические задачи, стоящие перед патопсихологическим исследованием: анализ структуры дефекта, установление степени психических нарушений больного, его интеллектуального снижения. В качестве важнейшей характеристики современной патопсихологии выступает ее направленность на восстановление измененной психической

деятельности, направленность на возвращение больному человеку его социального статуса, профилактика возможности подобной утраты у взрослых и детей.

Рекомендуемая литература:

1. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – М., 2002.
2. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2004.
3. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский[и др.]. – СПб., 2005.

ТЕМА 2 ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Лекция №1 Предмет, задачи и методы патопсихологии.

Цель лекции – обозначить основные принципы организации патопсихологического исследования

План лекции:

- Задачи патопсихологического исследования
- Анализ истории болезни
- Принципы сбора анамнестических данных
- Основные принципы организации патопсихологического эксперимента: спровоцированный эксперимент и эксперимент, на который ссылаются.
- Беседа и наблюдение в процессе реализации патопсихологического исследования
- Тактика и стратегии подготовки патопсихологического заключения

Перед проведением исследования необходимо изучение истории болезни:

- Для установления психологического контакта.
- Для избежания дополнительной психотравмы.
- Для выяснения задач психодиагностического исследования.

История болезни:

- Анамнез – история жизни пациента (со слов Больного и близких, родственников, знакомых и т.д.).
- Психологический статус – лечащий врач описывает клинико-психопатологическую симптоматику, а также свои предположения о ведущем синдроме психопатологическом.
- Данные объективного исследования (невропатолог и др.).

Важный этап в патопсихологическом исследовании - беседа.

- Ознакомительная: жалобы больного, уровень критичности и т.д. Вырабатываем стратегию патопсихологического эксперимента.

- Сопутствующая: проводится при проведении проб.

Принцип патопсихологического исследования:

1. Организация по типу функциональной пробы.
 2. Обязательное учитывание личностного отношения больного к ситуации исследования, реакции на собственные ошибки, на результат, замечания со стороны психолога. В том числе на ситуацию успеха и неуспеха. Реакция на исследователя.
 3. Обязательный качественный анализ результатов исследования:
 - оценка восприятия инструкции;
 - создание ориентировочной основы деятельности;
 - количество и характер ошибок
 - учет факта приема лекарственных препаратов
 - критичность больного и характер помощи в процессе исследования.
 - реакция больного на оценку экспериментатора. Интересуется ли сам человек результатами (эксперимента) исследования.
 4. Обязательное применение нескольких методов, направленных на исследование одной сферы, даже при однократном исследовании особенностей психической деятельности человека.
 5. Желательность повторных исследований.
- Заключительный этап. Результаты, оценка работы, составление заключения, рекомендации.

Рекомендуемая литература

1. Блейхер, В. М. Клиническая психология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – М., 2002.
2. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2004.
3. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский [и др.]. – СПб., 2005.

ТЕМА 3 ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ЛИЧНОСТИ

Лекция №1 патопсихологическая характеристика нарушений личности

Цель лекции – ознакомить с основными вариантами нарушений мотивационно-личностной сферы человека.

Планирование лекции:

- Клинико-психологический подход к проблеме личности. Анализ взаимосвязи мотивационно-потребностной и эмоциональной сфер личности человека
- Нарушение мотивационно-личностной сферы (опосредованности и иерархии мотивов, формирование патологических потребностей и мотивов, нарушение смыслообразования и критичности поведения).

- Нарушение мотивации при различных формах психической патологии. Формирование патологической потребности (алкоголизм, нервная анорексия)
- Нарушение подконтрольности поведения
- Методы исследования нарушений эмоционально-мотивационной сферы и личности.

Нарушение структуры иерархии мотивов

А.Н. Леонтьев указывает на тесную связь мотивов и потребностей. Анализ потребностей может быть проведен через раскрытие их предметного содержания. «это преобразует психологическую проблему потребностей в проблему мотивов деятельности». Это означает признание сложного отношения мотивов с разными потребностями, признание их иерархического построения.

Наличие ведущих мотивов не устраняет необходимости мотивов дополнительных, непосредственно стимулирующих поведение, однако без ведущих мотивов содержание деятельности лишается личностного смысла. Именно этот ведущий мотив обеспечивает возможность опосредования и иерархии мотивов. Иерархия мотивов является относительно устойчивой и этим обуславливает относительную устойчивость всей личности, ее интересов, позиций, ценностей. Патологический материал позволяет проследить закономерности изменения мотивационной сферы человека, которые приводят к смене позиций, интересов, ценностей личности. Наиболее отчетливо эти закономерности можно обнаружить у больных психическими заболеваниями, при которых процесс нарушения мотивов, установок и ценностей происходит достаточно развернуто, позволяя проследить его отдельные этапы. Одной из адекватных моделей для анализа являются нарушения личности, выступающие при хроническом алкоголизме.

Формирование патологических потребностей и мотивов

Описанный выше феномен превращения социальной потребности в патологическое влечение очевиден и при анализе группы больных нервной анорексией, у которых резко выражено нарушение физического «образа-Я».

Нарушение смыслообразования

Влияние обеих функций мотива – побуждающей и смыслообразующей – придает деятельности человека характер сознательно регулируемой деятельности. Ослабление и искажение этих функций – смыслообразующей и побудительной – приводят к нарушениям деятельности.

Это выражается в одних случаях в том, что смыслообразующая функция мотива ослабляется, мотив превращается в только знаемый. Так, больной знает, что к близким надо хорошо относиться, но при этом он оскорбляет и избивает свою мать.

В других случаях выступало сужение круга смысловых образований. Это выражалось в том, что мотив, сохраняя до известной степени побудительную силу, придавал смысл

относительно меньшему кругу явлений, чем до заболевания. В результате многое из того, что ранее имело для больного личностный смысл (например, учеба, работа, дружба, отношение к родителям и т.п.), постепенно теряется. В результате теряется и побудительная сила мотива. Наиболее часто мы наблюдаем такие нарушения личности при шизофрении:

Парадоксальная стабилизация какого-нибудь круга смысловых образований. Например, больной Н. отказался получить зарплату, так как «пренебрегает земными благами»; больной М. годами не работал и жил на иждивении старой матери к которой при этом «хорошо относился». Этот механизм наглядно обнаружился при общем и контрольном экспериментально-психологическом исследовании больных, когда больной оставался «нейтральным» по отношению к исследованию.

Сужение круга смысловых образований выражается в том, что мотив, сохраняя до известной степени побудительную силу, придает смысл относительно меньшему кругу явлений, чем до заболевания. В результате многое из того, что ранее имело для больного личностный смысл (например, учеба, работа, дружба, отношение к родителям и т.п.), постепенно теряет его.

Нарушение саморегуляции и опосредования.

Проявления развития и созревания личности многообразны. Одним из важнейших индикаторов уровня развития личности является возможность опосредования, самостоятельного регулирования своего поведения.

Опосредствуя свое поведение человек получает возможность вырабатывать новые способы действия, активности, новые мотивы. Поведение человека становится более произвольным и осознанным.

Об этом же свидетельствует материал патологии. Так, данные патопсихологических исследований больных с органическими заболеваниями мозга (эпилептическая болезнь, травмы мозга, нейроинфекции) показали, что невозможность оперировать знаком являлась у них выражением более широкой патологии поведения – нарушения опосредования, нарушения регуляции своих действий.

Нарушение критичности и спонтанности поведения

Нарушение опосредованности тесно связано с нарушением критичности, неконтрольностью поведения. Нарушение критичности проявляется по-разному; оно может выступать в виде нецеленаправленных действий, расторможенности поведения, нецеленаправленности суждений, когда человек не сравнивает свои действия с ожидающимися результатами, когда он не замечает своих ошибок и не исправляет их.

Рекомендуемая литература:

1. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – М., 2002.

2. Детская патопсихология: Хрестоматия. –М., 2000.
3. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2004.
4. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский[и др.]. – СПб., 2005.
5. Кемпинский, А. Психология шизофрении / А. Кемпинский. – СПб., 1998.
6. Кожуховская, И. И. Нарушение критичности у психически больных / И. И. Кожуховская. – М., 1985.
7. Рубинштейн, С. Я. Методики экспериментальной патопсихологии / С. Я. Рубинштейн. – М., 1962.

ТЕМА 4 ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ И САМОСОЗНАНИЯ

Лекция №1 Патопсихологическая характеристика нарушений сознания и самосознания

Цель лекции – ознакомить с основными формами нарушений сознания и самосознания человека.

План лекции:

- Понятие сознания в психологии и патопсихологии.
- Критерии помраченного сознания (К.Ясперс)
- Формы нарушения сознания: помрачение и включение
- Дерепреализация
- Нарушения самосознания
- Деперсонализация, раздвоение личности, искажение самооценки.
- Методы выявления нарушений сознания

Вслед за К.Ясперсом 3 критерия помраченного сознания принимают:

- 1) дезориентация во времени, месте, ситуации;
- 2) отсутствие четкого восприятия окружающего;
- 3) различные меры бессвязности мышления;
- 4) трудности в воспоминаниях (воспроизведении) событий, и субъективные болезненные явления

Для определения состояния помраченного сознания решающее значение имеет установление совокупности всех указанных признаков

Оглушенное состояние сознания. Случается при острых нарушениях ЦНС, инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах. Характеризуется резким повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Больные отвечают на вопросы "спросонья", сложное содержание вопроса не осмысливается. Отмечается замедленность в движениях, молчаливость, равнодушие к окружающему. Очень легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная или

отсутствует. Продолжается от нескольких минут до нескольких дней (при травмах, инфекциях, отравлениях), при опухолях мозга может длиться значительно дольше.

Делириозное помрачение сознания. Это состояние резко отличается от оглушенного. Ориентировка в окружающем при нем тоже нарушена, однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве. На фоне делириозного состояния сознания возникают иногда проходящие, иногда более стойкие иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи. Делириозное состояние наблюдается в основном у больных с органическими поражениями головного мозга после травм, инфекций.

Онейроидное (сновидное) состояние сознания характеризуется причудливой смесью отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера.

Сумеречное состояние сознания. Этот синдром характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего его называют транзисторным, т.е. переходящим.

Приступ сумеречного состояния сознания начинается критически, нередко с последующим глубоким сном. Характерной чертой сумеречного состояния сознания является последующая амнезия. Воспоминания о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют. Во время сумеречного состояния больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий. Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинаций и изменений эмоций, носит название амбулаторного автоматизма (непроизвольное блуждание). Сумеречное состояние сознания длится иногда чрезвычайно короткое время и носит название *absence* (отсутствие – франц.).

Псевдодеменция. Псевдосновидностью сумеречного состояния сознания является псевдодеменция. Она может возникнуть при тяжелых деструктивных изменениях в центральной нервной системе и при реактивных состояниях и характеризуется остро наступающими расстройствами суждения, интеллектуально-мнестическими расстройствами. Больные забывают название предметов, дезориентированы, с трудом воспринимают внешние раздражители. Образование новых связей затруднено, временами можно отметить иллюзорные обманы восприятия, нестойкие галлюцинации с двигательным беспокойством.

Наряду с различными формами нарушения сознания как отражения окружающей действительности в клинике встречается своеобразная форма нарушения самопознавания – деперсонализация.

Деперсонализация характеризуется чувством отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий, своего «Я», которые воспринимаются как бы со стороны. Частым проявлением деперсонализации является нарушение «схемы тела» – нарушение отражения в

сознании основных качеств и способов функционирования собственного тела, его отдельных частей и органов.

Рекомендуемая литература:

1. Антонян, Ю. М. Криминальная патопсихология / Ю. М. Антонян, В. В. Гульдан. – М., 1995.
2. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – М., 2002.
3. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2004.
4. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия: в 2 т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. – М., 1994.
5. Кемпинский, А. Психология шизофрении / А. Кемпинский. – СПб., 1998.
6. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский[и др.]. – СПб., 2003.
7. Кожуховская, И. И. Нарушение критичности у психически больных / И. И. Кожуховская. – М., 1985.
8. Хрестоматия по суицидологии. – Киев, 1996.

ТЕМА 5 ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ВОСПРИЯТИЯ

Лекция №1 Патопсихологическая характеристика нарушений восприятия

Цель лекции – ознакомить с основными видами нарушений восприятия, их патопсихологическим механизмом.

План лекции:

- Психологический анализ процесса восприятия
- Активность, пристрастность восприятия
- Зависимость восприятия от особенностей личности человека
- Агнозии
- Псевдоагнозия
- Ослышанья (сенестопатии, иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации)
- Нарушение мотивационного компонента восприятия
- Методы и методики исследования восприятия

Одним из наиболее часто встречающихся симптомов расстройства восприятия являются галлюцинации.

Галлюцинациями в психиатрии называют ложные восприятия. Больные видят образы, предметы, которых нет, слышат речь, слова, которые никем не произносятся, чувствуют запахи, которых в действительности нет.

Галлюцинаторный образ может быть различной модальности. Содержание характера галлюцинаций различно: они могут быть нейтральными, тогда больные спокойно реагируют

на них. Галлюцинации могут носить императивный характер: голос приказывает больным что-то сделать. Больные относятся к галлюцинаторным образам, как к реально воспринимаемым объектам, словам. Поведение больных часто определяется именно этими ложными восприятиями; нередко больные отрицают наличие галлюцинации, но их поведение выдает, что они галлюцинируют. В сложном патогенезе галлюцинаций большую роль играет изменение деятельности внешних и внутренних анализаторов.

Псевдогаллюцинации. Особый интерес представляет для психологии тот вид галлюцинаций, который носит название «псевдогаллюцинации». Они были впервые описаны известным русским психиатром В.Х. Кандинским (1887) и французским психиатром Клерамбо. Они отличаются от описанных раньше галлюцинаций (так называемых «истинных») тем, что они проецируются не во внешнем пространстве, а во «внутреннем» – «голоса» звучат «внутри головы»; больные часто говорят о том, что они их слышат как бы «внутренним ухом»; они не носят столь выраженного чувственного характера; больные часто говорят о том, что «голос в голове» похож на «случайные мысли», на «эхо мыслей». Больные говорят об особых видениях, об особых голосах, но они не идентифицируют их с реальными предметами, звуками. Редкой отличительной характеристикой псевдогаллюцинаций является то, что голоса воспринимаются больными как «навязанные», они кем-то «сделаны», у больного «вызывает звучание мыслей». Псевдогаллюцинации могут быть тактильными, вкусовыми, кинестетическими.

Сочетание псевдогаллюцинаций с симптомом отчуждения, «сделанности» носит название синдрома Кандинского. Три компонента этого синдрома:

1. идиотичность раскрытости мысли;
2. сенсорный – сделанность ощущений;
3. моторный – сделанность движений.

Восприятие существенно зависит от структуры деятельности, которая реализуется субъектом. Особая роль принадлежит ее мотивационному (личностному) компоненту, определяющему направленность, содержание и смысл перцептивного процесса. Если в норме изменение мотивации приводит к переструктурированию деятельности, причем характер восприятия обуславливается ведущим, смыслообразующим мотивом, то процесс смыслообразования в патологии отличается рядом особенностей. Эти особенности процесса смыслообразования накладывают отпечаток и на восприятие. Некоторые нарушения восприятия могут явиться, по существу, проявлением нарушений мотивационной сферы.

Рекомендуемая литература:

1. Антонян, Ю. М. Криминальная патопсихология / Ю. М. Антонян, В. В. Гульдан. – М., 1995.

2. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – М., 2002.
3. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2004.
4. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия: в 2 т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. – М., 1994.
5. Кемпинский, А. Психология шизофрении / А. Кемпинский. – СПб., 1998.
6. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский[и др.]. – СПб., 2005.
7. Кожуховская, И. И. Нарушение критичности у психически больных / И. И. Кожуховская. – М., 1985.
8. Хрестоматия по суицидологии. – Киев, 1996.

ТЕМА 6 ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ

Лекция №1 Патопсихологическая характеристика нарушений памяти

Цель лекции – ознакомить с основными видами нарушений памяти, их патопсихологическим механизмом.

План лекции:

- Нарушения произвольной памяти: Корсаковский синдром
- Нарушения опосредованной памяти
- Нарушение динамики мнестической деятельности.
- Нарушение мотивационного компонента памяти.
- Нарушения памяти как средства изменения ее мотивационно-личностного компонента
- Динамические расстройства памяти
- Методы и методики исследования памяти.

Нарушение произвольной памяти. Корсаковский синдром - нарушение памяти, связанной с текущими событиями, является одним из наиболее исследованных расстройств непосредственной памяти. При этом нарушении относительно сохранной остается память на события далекого прошлого. Данный вид нарушений памяти часто сочетается с конфабляциями (заполнением провалов в памяти несуществовавшими событиями) в отношении текущих событий и их дезориентировкой в месте и во времени. Больные с такими нарушениями памяти не помнят событий недавнего прошлого, но фотографически воспроизводят те события, которые произошли с ними много лет назад. Прогрессирующая амнезия - это такое нарушение памяти, когда расстройство распространяется не только на текущие события, но и на прошедшие. Больные не помнят прошлого, путают его с настоящим, смещают хронологию событий. Характерной становится дезориентировка во времени и в пространстве. При амнестической дезориентировке прошлые профессиональные навыки могут быть перенесены в настоящее время. Данные нарушения памяти чаще всего

отмечаются при психических заболеваниях позднего возраста. В их основе лежит прогрессирующая, качественно своеобразная деструкция коры головного мозга.

Нарушения динамики мнестической деятельности следует рассматривать как проявление прерывистости всех психических процессов, как индикатор неустойчивости умственной работоспособности, ее истощаемости, а не как нарушение памяти в узком смысле слова.

Нарушение динамики мнестической деятельности может выступать и как следствие аффективно-эмоциональной неустойчивости. **Нарушение опосредственной памяти.** Память является сложно организованной деятельностью, зависящей от многих факторов: уровня познавательных процессов, мотивации, динамических процессов. Психическая болезнь, изменяя эти компоненты, по-разному разрушает мнестические процессы.

Нарушение мотивационного компонента памяти. Мотивационный компонент является неотъемлемым в строении и протекании процессов в памяти, его нарушения особенно проявляются у больных с эндогенными заболеваниями (шизофренией): нарушается личностное отношение к окружающему миру, они запоминают только то, что считают нужным и важным.

Рекомендуемая литература:

1. Блейхер, В. М. Клиническая психопатология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, Г. Е. Крук, С. Н. Боков. – М., 2002.
2. Детская психопатология: Хрестоматия. – М., 2000.
3. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2004.
4. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский[и др.]. – СПб., 2005.
5. Рубинштейн, С. Я. Методики экспериментальной психопатологии / С. Я. Рубинштейн. – М., 1962.
6. Херсонский, Б. Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний / Б. Г. Херсонский. – Киев, 1988.

ТЕМА 1. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ

Лекция №1 Патопсихологическая характеристика нарушений мышления

Цель лекции – ознакомить с основными психологическими подходами к изучению нарушений мышления, феноменологией нарушений мышления.

План лекции:

- Психологические подходы к классификации и изучению нарушений мышления (Б.В. Зейгарник)

- Феноменология нарушений мышления
- Нарушения операциональной стороны мышления
- Снижение уровня обобщения
- Искажение уровня обобщения
- Нарушение динамики мыслительной деятельности
- Нарушение мотивационного компонента мышления
- Нарушение критичности мышления
- Методы и методики исследования мышления

Операциональный компонент мышления:

- **Снижение уровня обобщения.** В суждениях доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях. Оперирование общими признаками заменяется конкретными связями между предметами. Не доступна классификация или создают большое количество мелких групп на основании конкретного смысла между ними. Не могут усвоить смысла задания. Больные часто подходят к данным заданиям изображения предмета с позиции жизненной пригодности. *Эпилепсия, органические поражения головного мозга, олигофрения.*
- **Искажение процесса обобщения.** Суждения больных отражают лишь случайную сторону явлений, а не существенные отношения между предметами. Появляется феномен резонерства, который еще называют бесплодное мудрствование. Больные уходят от содержательной стороны явления, а оперируют их латентными признаками. В экспериментах Больные сближают признаки, которые не соответствуют в реальности. *Шизофрения.*

Динамический компонент мышления:

- **Непоследовательность суждений.** Неустойчивость способа выполнения задания. Происходит сбой, а затем опять приходит в норму. Невнимательность из-за колебания работоспособности. Логические связи подменяются случайными. Образование одноименных групп. *Органические поражения головного мозга, МДП, черепно-мозговые травмы.*
- **Лабильность мышления.** Скачка идей. Стойкий характер нарушений. При указании на ошибку могут ее исправить. Возникающие ассоциации носят хаотический характер и не сдерживаются. При ассоциативном эксперименте Больного просят написать 60 слов. Написает очень быстро. Если просят ответить на слово ассоциацией, они будут не верны. Больному тяжело выполнить инструкции. Скачка идей поверхностна и смысл отсутствует. *Маниакальные состояния.*
- **Откликаемость.** Утрированная форма неустойчивости способа выполнения работ. Легкая отвлекаемость Больного, неспособность удерживать ход мышления в установленном направлении. Реагируют на любой раздражитель. После того как отвлекся тяжело вернуться

к предыдущему заданию. «Полевое» поведение. Теряется целенаправленность Деятельности. Мыслительные операции доступны. *Сосудистые заболевания, черепно-мозговые травмы.*

- **Инертность мышления.** Заключается в инертности связей прошлого опыта и выражается в том, что Больные не могут менять выбранного способа работы, менять свои суждения. Не могут переключаться с одного вида Деятельности на др. Стремление опровергнуть все сразу. Тяжело спровоцировать изменить свое мнение и не видят возможности др. *Эпилепсия, органические поражения головного мозга.*

- **Соскальзывание.** Больной неожиданно сбиваются с правильной мысли на ложную ассоциацию, а затем Больной вновь способен на правильный ход рассуждений, не повторяя допущенную ошибку, но и не исправляя ее. *Сосудистые больные.*

Мотивационный компонент мышления:

- **Разноплановость мышления.** Суждения больного о предмете протекают в разных плоскостях, происходит переплетение, одновременное сосуществование разных аспектов суждения Больного. В результате выводы Больного направлены на правильное представление о явлении или предмете. Больной не удерживает цель разговора или задания. Имеются случайные ассоциации, элементы воспоминаний, желаний. *Шизофрения.*

- **Разорванность мышления.** Не удается донести какую-либо информацию. Предложения не имеют смысла, хотя правильно грамматически оформлены. Суждения теряют связанный характер, Больной говорит независимо от присутствия кого-либо. 1) В длительных высказываниях Больной отсутствуют рассуждения. Больные произносят ряд фраз, но там нет содержательной части. 2) Отсутствие определенного объекта мыслей Больного. 3) Больные не заинтересованы во внимании собеседника, они не выражают в своей речи отношения к другим людям, отсутствует функция общения речи. Ослабление ассоциаций. Характер речи нестандартный, паралогичный. При отсутствии смыслового компонента грамматическая сторона речи не нарушается. *Шизофрения.*

- **Резонерство.** Склонность к бесплодному рассуждательству, мудрствованию. Заключается в потере предмета рассуждения, использовании побочных признаков для выведения умозаключения.

Нарушение критичности.

Больные могут бездумно соглашаться с абсурдными суждениями, соглашаются с суждениями другого человека. Больные часто не замечают своих ошибок, а при указании на ошибки их не исправляет.

Рекомендуемая литература:

1. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – М., 2002.
2. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2004.

3. Кемпинский, А. Психология шизофрении / А. Кемпинский. – СПб., 1998.
4. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский[и др.]. – СПб., 2005.
5. Кожуховская, И. И. Нарушение критичности у психически больных / И. И. Кожуховская. – М., 1985.
6. Рубинштейн, С. Я. Методики экспериментальной патопсихологии / С. Я. Рубинштейн. – М., 1962.
7. Херсонский, Б. Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний / Б. Г. Херсонский. – Киев, 1988.

ТЕМА 8 ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ВНИМАНИЯ И УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ

Лекция №1 Патопсихологическая характеристика нарушений внимания и умственной работоспособности

Цель лекции – ознакомить с формами расстройств внимания, патопсихологическим механизмом нарушения умственной работоспособности человека.

План лекции:

- Формы расстройств внимания: повышенная отвлекаемость, уменьшение объема внимания, инертность внимания
- Явление пресыщения
- Смысл работы и состояние пресыщения
- Влияние нарушений внимания и состояния пресыщения на умственную работоспособность человека
- Колебания умственной работоспособности.
- Истощаемость нервных процессов.
- Явления истощаемости.
- Методы изучения нарушений внимания.
- Методы исследования умственной работоспособности.

Нарушения внимания наблюдаются при разных психических и соматических заболеваниях. Возможны также нарушения внимания и при аффективно-эмоциональных реакциях и состояниях у здоровых людей. Снижение активного внимания (концентрации, переключаемости, устойчивости) отмечается при неврозах. У больных с органическими заболеваниями головного мозга отмечаются персеверации, трудности в переключении, повышенная отвлекаемость, истощаемость внимания. У больных шизофренией активное внимание ухудшается в результате снижения энергетического потенциала, апатоабулического синдрома. У соматических больных (например, туберкулезом и др.)

отмечаются трудности концентрации внимания, замедленное вбратывание, трудности переключения, сужение объема внимания.

Б.В. Зейгарник рассматривает многие нарушения внимания как частные нарушения умственной работоспособности, являющиеся следствием психических или соматических заболеваний. У больных шизофренией вследствие нарушений личностного компонента мышления, у больных с органическими изменениями головного мозга в результате изменений структуры головного мозга, у больных психопатией в результате изменений в эмоционально-аффективной сфере, у больных эпилепсией в результате ригидности мышления и т.д.

У больных неврозами отмечается снижение активного внимания (концентрация и переключение). У больных шизофренией снижение активного внимания (устойчивость и переключаемость) является результатом общего снижения психической активности. У больных с локальными поражениями головного мозга отмечаются повторы, персеверации одного и того же действия, выражены затруднения переключения на новую деятельность. При травматических и сосудистых заболеваниях головного мозга отмечается неустойчивость, трудность длительной концентрации, истощаемость внимания. При алкоголизации и диэнцефальном синдроме отмечается снижение концентрации и устойчивости внимания. Церебральный атеросклероз характеризуется быстрой утомляемостью, проявляющейся в колебаниях внимания, невозможности сосредоточения. При эпилепсии отмечаются трудности переключения и снижение устойчивости внимания.

Рекомендуемая литература

1. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – М., 2002.
2. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2004.
3. Рубинштейн, С. Я. Методики экспериментальной патопсихологии / С. Я. Рубинштейн. – М., 1962.

ТЕМА 3. ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА

Лекция №1 Проблема психологического диагноза. Патопсихологическая семиотика

Цель лекции – ознакомить с основными видами патопсихологических синдромов (В.М. Блейхер).

План лекции:

- Анализ результатов патопсихологического исследования.
- Отличие психологического диагноза от медицинского.
- Виды патопсихологических синдромов (В.М. Блейхер).

- Правила составления заключений по данным патопсихологического исследования.

Патопсихологические синдромы, отвечая основным признакам клинических синдромов, по своим особенностям существенно отличаются от психопатологических. Синдромы в патопсихологии, как и в психиатрии, различаются в значительной мере степенью своей обобщенности. Говоря о различной степени обобщенности патопсихологических синдромов, следует выделять синдромы многозначные, описывающиеся на сложные, полифакторные, нарушения психической деятельности. Попытка выделения обобщенных патопсихологических синдромов была предпринята М. А. Кудрявцевым: шизофренический (диссоциативный), органический, олигофренический, психопатический синдромы и симптомокомплекс психогенной дезорганизации (характерный для реактивных психозов). При этом «ядром» названных патопсихологических синдромов являются: для шизофренического — нарушения селективности информации, для органического — снижение интеллектуальных процессов и умственной работоспособности, для психопатического — аффективная обусловленность поведения с парциальной некритичностью и завышенным уровнем психизаций, при психогенном — реактивная дезорганизация умственной деятельности.

Патопсихологические синдромы различаются в диагностическом и прогностическом отношениях: наиболее диагностически и прогностически информативными оказываются шизофренический и органический симптомокомплексы, наименее — психопатический. Напротив, наиболее выраженная тенденция к транзиторности и обратимости присуща симптомокомплексу психогенной дезорганизации умственной деятельности, наименьшая — шизофреническому. Эти констатации становятся понятными и наглядными при соотнесении патопсихологических синдромов с кругами психических заболеваний по А. В. Снежневскому [1].

То, что патопсихологические синдромы служат для предварительной диагностики заболевания, а также их связь с определенными кругами психических заболеваний дает основание обозначить их как регистр-синдромы. В. М. Блейхер дополнил перечень регистр-синдромов, выделив в рамках органического, экзогенно-органический и эндогенно-органический регистр-синдромы, а в рамках психогенного — психотический и невротический; в круге эндогенных психозов были выделены шизофренический и аффективно-эндогенный регистр-синдромы. Систематика патопсихологических регистр-синдромов:

- I — шизофренический (клинический эквивалент: шизофренические психозы).
- II — аффективно-эндогенный (клинические эквиваленты: маниакально-депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы позднего возраста).
- III — олигофренический (клинический эквивалент: олигофрения).

IV — экзогенно-органический (клинические эквиваленты: экзогенно-органические поражения головного мозга — церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговой травмы, интоксикационные энцефалопатии и пр.).

V — эндогенно-органический (клинические эквиваленты: истинная эпилепсия, первичные атрофические процессы в головном мозге).

VI — личностно-аномальный (клинические эквиваленты: акцентуированные и психопатические личности, обусловленные аномальной «почвой» психогенные реакции).

VII — психогенно-психотический (клинический эквивалент: реактивные психозы).

VIII — психогенно-невротический (клинический эквивалент: неврозы и невротические реакции).

Рекомендуемая литература:

1. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. — М., 2002.
2. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. — М., 2004.
3. Рубинштейн, С. Я. Методики экспериментальной патопсихологии / С. Я. Рубинштейн. — М., 1962.

РАЗДЕЛ 4

ТЕМА 1 ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ И ИХ МОЗГОВАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ. ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС

Лекция №1 Высшие психические функции и их мозговая организация. Исторический экскурс

Цель лекции: изучить представления о локализации ВПФ и методах их исследования в историческом аспекте

План лекции:

1. Историческая динамика взглядов на проблему локализации ВПФ
 - Психоморфологические представления и их кризис.
 - Основные экспериментальные методы исследования мозга (метод разрушения и метод раздражения).
 - Историческая динамика позиций узкого локализационизма.
2. Теория системной динамической локализации ВПФ
 - Пересмотр понятий «функции» и принципов ее локализации.
 - Высшие психические функции человека.
 - Культурно — историческая концепция Л.С. Выготского в контексте нейропсихологической науки.

До настоящего времени вопросы взаимосвязи психических функций с субстратом головного мозга остаются предметом многосторонних исследований и споров.

Анализ различных взглядов по этому вопросу позволяет выделить три основных подхода:

1. Локализационизм.
2. Эквипотенциализм.
3. Системная динамическая локализация.

Локализационизм характеризуется установлением зависимости психических функций от работы конкретного субстрата. Анализ взглядов представителей этого подхода позволил А.Р.Лурия на основании клинических наблюдений сделать вывод о том, что поражение отдельных структур мозга ведет к нарушению или выпадению той или иной функции. Однако этот факт еще не говорит о ее локализации, а больше о распаде функциональной системы, включившей в себя нарушенную структуру. Этим взглядам придерживается клиницист Г.Джаксон и многие другие исследователи.

Эквипотенциализм характеризуется признанием высокой пластичности мозга и взаимозамещаемости его частей. По данным А.Бекса любой центр, будучи поврежден, способен к функциональной реорганизации.

Общепсихологическую основу Луриевой нейропсихологии составляет положение о системном строении высших психических функций и их системной мозговой организации. Понятие «**высшие психические функции**» – центральное для нейропсихологии – было введено в общую психологию и в нейропсихологию Л.С. Выготским, а затем подробно разработано А.Р. Лурия.

Представление о высших психических функциях как о сложных психологических системах было дополнено А.Р. Лурия представлением о высших психических функциях как о функциональных системах. Под функциональной системой в нейропсихологии понимается психофизиологическая основа высших психических функций.

Таким образом, **высшие психические функции**, или сложные формы сознательной психической деятельности, системны по своему психологическому строению и имеют сложную психофизиологическую основу в качестве многокомпонентных функциональных систем.

Рекомендуемая литература

1. Выготский, Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. – 5-е изд., испр. – М.: Лабиринт, 1999. – 351 с.
2. Корсакова, Н.К. Клиническая нейропсихология: учеб. пособие для студентов вузов / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. – М.: ACADEMIA, 2003. – 140 с.

3. Корсакова, Н.К. Подкорковые структуры мозга и психические процессы / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. – М.: Изд-во МГУ, 1985. – 114 с.
4. Влияние словесного подкрепления на вызванную корковую активность / Э.А. Костандов [и др.] // Журн. высш. нерв. деятельности. – 1984. – Т.34, №5. – С. 46–51.
5. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд.– М.: Акад. Проект, 2000. – 504 с.
6. Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студентов вузов / А.Р. Лурия. – 2-е изд.– М.: Академия, 2002. – 380 с.

ТЕМА 2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ МОЗГА

Лекция №1 Основные принципы функциональной организации мозга

Цель лекции: исследовать особенности структурной организации головного мозга, функциональные свойства, дифференциацию областей и полей коры.

План лекции:

1. Принцип рефлекторного кольца Бернштейна как основа понимания многоэтапной локализации функций.
2. Функциональные свойства нейронов мозговой коры. Слои коры, их цитоархитектоника.
3. Три функциональных блока мозга (А.Р. Лурия): блок регуляции уровней активности; блок приема, переработки и хранения информации, блок регуляции и контроля деятельности.
4. Особенности структурной организации задних отделов коры.
5. Особенности структурной организации передних отделов коры.
6. Прогрессивная дифференциация областей и полей коры в фило- и онтогенезе.
7. Концепция функциональных систем Анохина.
8. Особенности структурной организации и связей медиобазальных отделов коры.
9. Об основных формах нарушения высших корковых функций при локальных поражениях мозга.
10. О проблеме доминантного полушария.
11. Проблема обшмозговых компонентов при локальных поражениях мозга.

В нейропсихологии на основе анализа клинических данных была разработана общая структурно-функциональная модель работы мозга как субстрата психической деятельности. Эта модель, предложенная А.Р.Лурия, характеризует наиболее общие закономерности работы мозга как единого целого и является основой для объяснения его интегративной деятельности. Согласно данной модели, весь мозг может быть подразделен на 3 основных структурно-функциональных блока: I-й – энергетический – блок, или блок регуляции уровня активности мозга; II-й блок – приема, переработки и хранения экстероцептивной (т.е. исходящей извне) информации; III-й блок – программирования, регуляции и контроля за

протеканием психической деятельности. Каждая ВПФ осуществляется при участии всех 3-х блоков мозга, вносящих свой вклад в ее реализацию. Блоки мозга характеризуются определенными особенностями строения, физиологическими принципами, лежащими в основе их работы, и той ролью, которую они играют в осуществлении психических функций.

Рекомендуемая литература

1. Корсакова, Н.К. Подкорковые структуры мозга и психические процессы / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. – М.: Изд-во МГУ, 1985. – 114 с.
2. Саркисов, С.А. Структурные основы деятельности мозга / Под ред. О.С. Андрианова. – М.: Медицина, 1980. – 295 с.
3. Структурно-функциональная организация развивающегося мозга / Д.А. Фарбер [и др.]. – Л.: Наука. Ленингр. отд-ние, 1990. – 197 с.
4. Хомская, Е.Д. Нейропсихология / Е.Д. Хомская. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2005. – 496 с.

ТЕМА 3 НАРУШЕНИЕ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ЗАТЫЛОЧНЫХ И ЗАТЫЛОЧНО-ТЕМЕННЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА

Лекция №1-№2 Нарушение высших корковых функций при поражениях затылочных и затылочно-теменных отделов мозга

Цель лекции: изучить особенности протекания психических процессов человека при различных поражениях затылочных и затылочно-теменных отделов мозга.

План лекции:

- Зрительный анализатор и строение зрительной коры.
- Нарушение предметного восприятия при поражении зрительной коры и симультанная агнозия.
- Нарушения осязательного восприятия и тактильная агнозия.
- Нарушения ориентировки в пространстве и конструктивная апрактогнозия.
- Нарушение логико-грамматических операций и синдром так называемой семантической афазии.
- Нарушение счетных операций и синдром акалькулии.
- Особенности интеллектуальных процессов при поражениях теменно-затылочных отделов коры.

Нейропсихологические синдромы поражения задних отделов коры больших полушарий имеют общие черты – их основу составляют преимущественно гностические, мнестические и интеллектуальные расстройства, связанные с нарушением различных модально-специфических факторов.

В современной нейропсихологии описаны следующие нейропсихологические синдромы, возникающие при поражении задних конвексительных отделов коры больших полушарий.

1. Синдромы поражения затылочных и затылочно-теменных отделов коры. В основе этих синдромов лежат нарушения модально-специфических зрительного и зрительно-пространственного факторов, связанных с поражением вторичных корковых полей зрительного анализатора и прилегающих отделов теменной коры. Нарушения одновременных “симультаных синтезов” при поражении затылочных и затылочно-теменных отделов коры приобретают различные формы и прежде всего, проявляются в расстройствах зрительного гнозиса в виде зрительных агнозий (предметной, симультанной, цветовой, лицевой, буквенной, оптико-пространственной), т.е. в расстройствах зрительной перцептивной деятельности. Особую группу симптомов поражения этих отделов мозга составляют нарушения зрительной памяти, зрительных представлений, которые, в частности, проявляются в дефектах рисунка (чаще также при правополушарных очагах поражения).

Кроме того, в нейропсихологические синдромы поражения затылочных и затылочно-теменных отделов коры больших полушарий входят гностические, мнестические, интеллектуальные, двигательные и речевые расстройства, обусловленные нарушениями модально-специфических зрительного и зрительно-пространственного факторов.

2. Синдромы поражения зоны ТРО височно-теменно-затылочных отделов коры больших полушарий. В основе этих синдромов лежат нарушения более сложных – интегративных (“ассоциативных”) – факторов, связанных с работой третичных полей коры. Эти факторы также обеспечивают симультаный анализ и синтез информации, но уже на более высоком – надмодальном – уровне, который А. Р. Лурия определял как уровень “квазипространственных” отношений. Одновременно при поражении зоны ТРО часто нарушен и собственно пространственный анализ и синтез. Поражение зоны ТРО проявляется в следующих симптомах.

3. Синдромы поражения коры теменной области мозга. В основе этих синдромов лежат нарушения модально-специфических кожно-кинестетических факторов. Данные факторы, как и модально-специфические зрительные факторы, также отражают симультаный принцип аналитико-синтетической работы мозга, но в кожно-кинестетической модальности. “Теменные” синдромы включают в себя различные гностические, мнестические, двигательные и речевые нарушения, связанные с распадом тактильных (или “осозательных”) симультаных синтезов.

Рекомендуемая литература

1. Корсакова, Н.К. Клиническая нейропсихология: учеб. пособие для студентов вузов / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. – М.: ACADEMIA, 2003. – 140 с.

2. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Акад. Проект, 2000. – 504 с.
3. Манелис, Н.Г. Нейропсихологические закономерности нормального развития / Н.Г. Манелис // Школа здоровья. – 1999. – Т.6, №1. – С.8–24.
4. Нейропсихология индивидуальных различий: учеб. пособие / Е. Д. Хом-ская [и др.] – М.: Рос. пед. агентство, 1997. – 281 с.
5. Саркисов, С.А. Структурные основы деятельности мозга / Под ред. О.С. Андрианова. – М.: Медицина, 1980. – 295 с.

ТЕМА 4 НАРУШЕНИЕ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ВИСОЧНЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА

Лекция №1 Нарушение высших корковых функций при поражениях височных отделов мозга

Цель лекции : изложить особенности протекания психических функций человека при поражениях височных отделов головного мозга.

План лекции:

- Слуховой анализатор и данные о строении слуховой коры.
- Звуки языка и речевой слух.
- Нарушение высших корковых функций при поражении верхних отделов левой височной области: акустическая агнозия и сенсорная афазия.
- Нарушение высших корковых функций при поражении средних отделов височной области: синдром акустико-мнемической афазии.
- Особенности интеллектуальных процессов при поражении височных систем.
- Нарушение психических процессов при поражении медиальных отделов височной области.

Конвекситальные височные нейропсихологические синдромы четко различаются в зависимости от стороны поражения в связи с четкой латерализацией мозговых механизмов речевых функций. Основными факторами, обуславливающими появление синдромов поражения височной коры (так же как и описанных выше синдромов), являются модально-специфические. Описывая синдромы поражения височных отделов коры левого полушария, А. Р. Лурия выделял синдром, связанный с поражением зоны T₁ (“ядерной зоны” коры слухового анализатора), в основе которого лежит расстройство фонематического слуха, и синдром, связанный с поражением зоны T₂ (областей, расположенных на границе височной и теменно-затылочной коры), основой которого являются нарушения слухоречевой памяти.

При поражении зоны T₁ левого полушария (у правшей) первичными симптомами являются нарушения фонематического слуха, приводящие к расстройству речи (сенсорной афазии). Поражение зоны T₂ левого полушария ведет к другому височному синдрому. Его

основой являются нарушения слухоречевой памяти, которые проявляются в форме акустико-мнестической афазии. Больные могут правильно повторять отдельные звуки речи (в том числе и оппозиционные фонемы) и отдельные слова, но затрудняются при повторении серии слов (даже трех–четырех) вследствие резко выраженных нарушений следовой деятельности (в виде ретроактивного и проактивного торможения следов).

Основой синдромов поражения правой височной зоны мозга являются нарушения неречевого и музыкального слуха, а также памяти на неречевые звуки и музыкальной памяти. В этих случаях больной не способен определить значение различных бытовых звуков и шумов (слуховая агнозия) или не узнает и не может воспроизвести знакомых мелодий (амузия).

Рекомендуемая литература

1. Корсакова, Н.К. Клиническая нейропсихология: учеб. пособие для студентов вузов / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. – М.: ACADEMIA, 2003. – 140 с.
2. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Изд. Эксперт, 2000. – 504 с.
3. Манелис, Н.Г. Нейропсихологические закономерности нормального развития / Н.Г. Манелис // Школа здоровья. – 1999. – Т. 6. – №1. – С.8–24.
4. Нейропсихология индивидуальных различий: учеб. пособие / Е. Д. Хом-ская [и др.]. – М.: Рос. пед. агентство, 1997. – 281 с.
5. Саркисов, С.А. Структурные основы деятельности мозга / Под ред. О.С. Андрианова. – М.: Медицина, 1980. – 205 с.

ТЕМА 5. НАРУШЕНИЕ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СЕНСОМОТОРНЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА

Лекция №1 Нарушение высших корковых функций при поражениях постцентральных отделов мозга.

Цель лекции : изучить особенности протекания психических функций при поражениях постцентральных отделов мозга.

План лекции:

- Двигательный анализатор и строение постцентральных отделов коры.
- Нарушение афферентной основы произвольного движения и синдром «афферентной» (кинестетической) апраксии.
- Нарушение кинестетической основы речевого акта и синдром «афферентной» (кинестетической) моторной афазии.

Нижнетеменной синдром возникает при поражении тех постцентральных нижних и средних областей коры, которые граничат с зонами Представительства руки и речевого аппарата в первичных кожно-кинестетических полях, где размещен «сенсорный человек» (по И. Пенфилду и Г. Джасперу). К нижнетеменным симптомам поражения левого полушария (у правшей) относятся также речевые дефекты в виде афферентной моторной афазии, связанной с расстройством кинестетической основы речевого моторного акта и проявляющейся в трудностях артикуляции отдельных речевых звуков и слов в целом, в смешении близких артикулов. Для нижнетеменных поражений характерны также и другие сложные двигательные расстройства – нарушения произвольных движений и действий по типу кинестетической апраксии, при которой страдает кинестетическая афферентация двигательного акта.

Рекомендуемая литература

1. Корсакова, Н.К. Клиническая нейропсихология: учеб. пособие для студентов вузов / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. – М.: АCADEMIA, 2003. – 140 с.
2. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Акц. Проект, 2000. – 504 с.
3. Манелис, Н.Г. Нейропсихологические закономерности нормального развития / Н.Г. Манелис // Школа здоровья. – 1999. – Т.6, №1 – С.8–24.
4. Нейропсихология индивидуальных различий: учеб. пособие / Е. Д. Хом-ская [и др.]. – М.: Рос. пед. агентство, 1997. – 231 с.
5. Саркисов, С.А. Структурные основы деятельности мозга / Под ред. О.С. Андрианова. – М.: Медицина, 1980. – 295 с.

Лекция №2 *Нарушение высших корковых функций при поражениях премоторных отделов мозга*

Цель лекции: изучить особенности протекания психических процессов при различных поражениях премоторных отделов мозга.

План лекции.

- Нарушение двигательных функций при поражениях премоторной области.
- Нарушение кинестетической структуры речевого акта и синдром «афферентной» (кинестетической) моторной афазии.
- Об особенностях интеллектуальных процессов при поражении премоторных отделов мозга.

Поражение вторичных корковых полей двигательной системы приводит к нарушению модально-специфического фактора, обеспечивающего корковую организацию движений.

Этот фактор связан, прежде всего, с временной организацией двигательных актов и особенно – произвольных движений и действий.

Двигательная симптоматика при поражении верхних премоторных отделов коры больших полушарий складывается из различных нарушений плавности, автоматизированности, последовательности двигательных актов – как простых так и сложных. А. Р. Лурия (1969) обозначал эти симптомы как распад “кинетической мелодии”.

При поражении нижних отделов премоторной зоны коры левого полушария нарушения движений распространяются и на речевую моторику.

Рекомендуемая литература

1. Корсакова, Н.К. Клиническая нейропсихология: учеб. пособие для студентов вузов / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. – М.: ACADEMIA, 2003. – 100 с.
2. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Акад. Проект, 2000. – 504 с.
3. Манелис, Н.Г. Нейропсихологические закономерности нормального развития / Н.Г. Манелис // Школа здоровья. – 1999. – Т.6, №1. – С.8–24.
4. Нейропсихология индивидуальных различий: учеб. пособие / Е. Д. Хомская [и др.]. – М.: Рос. пед. агентство, 1997. – 281 с.
5. Саркисов, С.А. Структурные основы деятельности мозга / Под ред. О.С. Андрианова. – М.: Медицина, 1990. – 295 с.

ТЕМА 6 НАРУШЕНИЕ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛОБНЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА

Лекция №1 Нарушение высших корковых функций при поражении лобных отделов мозга

Цель лекции – обозначить особенности протекания психических функций человека при поражениях лобных отделов мозга.

План лекции:

- Данные о строениях и функциях лобных отделов мозга.
- Лобные доли и регуляция состояний активности.
- Лобные доли и регуляция движений и действий.
- Нарушение гностических процессов при поражениях лобных отделов мозга.
- Нарушение мнестических процессов при поражении лобных отделов мозга.
- Особенности интеллектуальных процессов при поражении лобных отделов мозга: нарушение конструктивной деятельности, нарушение анализа смысловых структур, нарушение решения арифметических задач.
- Синдром «лобной» динамической афазии. Основные варианты «лобного» синдрома.

Префронтальная конвекситальная кора мозга по типу строения принадлежит к ассоциативной коре. Она образует “передний ассоциативный комплекс” корковых зон, характеризующийся большой сложностью выполняемых функций, среди которых главные (по определению А. Р. Лурия) – это функции “программирования и контроля” за сложными формами психической деятельности. Эти зоны коры больших полушарий входят в третью структурно-функциональный блок мозга. Поражение этих мозговых структур ведет к нарушению факторов “ассоциативного типа”, обеспечивающих сложные формы интегративной и регуляторной деятельности мозга. Нарушение высших форм регуляторных процессов, произвольной регуляции психической деятельности, отражается на широком спектре психических функций – от моторных до интеллектуальных. Оно ведет также и к регуляторным нарушениям эмоционально-личностной сферы.

Медиобазальные отделы коры лобных долей головного мозга непосредственно связаны с неспецифическими активирующими и тормозящими структурами, составляя корковое звено неспецифической системы. Поэтому поражение этих отделов ведет к нарушению модально-неспецифических факторов – “факторов активации–дезактивации”. Нарушение этого типа факторов обуславливает появление самостоятельной группы симптомов: адинамии, нарушений избирательности и селективности протекания психических процессов и др. Возможно самостоятельное значение имеет и такой модально-неспецифический фактор, как фактор “спонтанности–аспонтанности”, характеризующий уровень активности по отношению к целостному поведению человека. Таким образом, в соответствии с современным уровнем знаний о функциях лобных долей мозга, нарушения высших психических функций при поражении префронтальных отделов коры больших полушарий обусловлены патологией, по крайней мере, двух типов факторов – регуляторных и активационных, что и объясняет сложный характер возникающих при этом нейропсихологических синдромов.

В современной нейропсихологии описаны два основных типа синдромов, связанных с поражением префронтальных отделов коры больших полушарий: префронтальные конвекситальные синдромы и префронтальные медиобазальные синдромы.

Рекомендуемая литература

1. Влияние словесного подкрепления на вызванную корковую активность / Э.А. Костандов [и др.] // Журн. высш. нерв. деятельности. – 1984. – Т.34, №5. – С. 46–51.
2. Выготский, Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. – 5-е изд., испр. – М.: Лабиринт, 1999. – 351 с.
3. Выготский, Л.С. Развитие высших психических функций. – М.: Соцэкгиз, 1960. – 500 с.
4. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Акад. Проект, 2000. – 504 с.

5. Лурия А.Р. Нейропсихологический анализ решения задач / А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова. – М.: Просвещение, 1966. – 291 с.
6. Цветкова, Л.С. Мозг и интеллект: нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности / Л.С. Цветкова. – М.: Просвещение: Учеб. лит., 1995. – 303 с.
7. Щедровицкий, Г.П. Процессы и структуры в мышлении: Курс лекций / Г.П. Щедровицкий. – М.: Путь, 2003. – 316 с.

3.2. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ. СОДЕРЖАНИЕ КУРСА.

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ТЕМА 1 ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Семинарское занятие №1 Предмет, задачи и методы медицинской психологии

Цель:закрепить знания о предмете , задачах и методах медицинской психологии.

Вопросы для обсуждения:

- Отличие медицинской психологии от медицины в подходе к больному (Обсуждение статьи Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.Н. «Клинический и психологический подходы к изучению личности» (Текст №1)
- Методы исследования в медицинской психологии. Номотетический и идеографический подходы. Объяснительная и описательная психология. Кто такой Дильтей и так называемые «науки о духе»?
- Как вам кажется, какая парадигма «уместнее» в медицинской психологии: объяснительная или описательная. Типы преемственности –описательная психология-гуманистическая психология-область приложения в мед психологии:человеко-центрированный подход К.Роджерс, логотерапия В.Франкла. Обсуждение проблем, существующих в той и другой парадигме.

Рекомендуемая литература

1. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский[и др.]. – СПб., 2005.
2. Репина, Г. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Юматова. – Ростов-на-Дону, 2003.
3. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология: Учебное пособие / Ю.Г. Фролова. –Минск, 2010.

Текст №1

Клинический и психологический подходы к изучению личности

Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.Н.

Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.Н. Психологические проблемы изучения и коррекции личности: Учеб.-метод. пособия – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1988. с.5-13

Взаимоотношения врачей-клиницистов и клинических психологов в деле изучения личности душевнобольного носят непростой характер. Разумеется, подобная ситуация во многом является выражением того положения, которое занимают психологи в клинике в настоящий момент.

Работающие в клинике представители "немедицинских" профессий, например, биохимики или специалисты по электроэнцефалографии, имеют вполне определенные функции, четко очерченный круг задач и вполне определенный статус. Таким образом, их присутствие в клинике представляется не только желательным, но и необходимым. В отличие от них, психологи в клинике должны заниматься тем, что традиционно считалось прерогативой исключительно медиков, а именно, исследовать тот же, что и медики, объект, или систему "болезнь-больной".

Вполне естественно, что врачи, являясь "первопроходцами" (т.к. психологи пришли в клинику существенно позже), ожидают (и требуют) от психологов, чтобы характер и результаты их деятельности полностью отвечали сложившимся клиническим представлениям, т.е. деятельность психолога выстраивается в соответствии с "эталонной" моделью работы врача (за тем существенным исключением, что ни ставить диагноз, ни лечить психолог не имеет права). Однако как раз стремление заставить психолога работать в направлении, указанном психиатром, является одной из главных причин возникающих недоразумений, т.к. врач лишним раз убеждается, что психологическое обследование лишь дублирует его деятельность. В результате работа психологов выглядит избыточной и обоснованным представляется сомнение в целесообразности самого их присутствия в клинике. Подобная унификация деятельности психолога в соответствии с господствующими клиническими представлениями фактически лишает эту деятельность ее единую психологического содержания. Тем самым между клиницистами и психологами остается лишь формальное различие в методах исследования (клиническое наблюдение и беседа - набор экспериментальных методов). Вот почему ориентация психологов в рамках клинической парадигмы представляется мало перспективной. Выход из создавшейся ситуации следует искать не в "маскировке" под врача, не в стремлении решать с ним сходные задачи (например, обнаруживать те или иные симптомы), а, напротив, в максимальной дифференциации этих задач, тем более объект это позволяет. Именно *несовпадение взглядов, плоскость видения проблемы*, которое на данном этапе расценивается как нежелательное, является потенциально наиболее перспективной основой подлинного сотрудничества психологов и психиатров, позволяющей лучше понять сущности объекта исследования и закономерности процессов, происходящих в нем.

Вопрос о различиях и соответствиях клинической и клинико-психологической моделей является весьма сложным и обширным. Коротко остановимся на отдельных его аспектах.

Достаточно задать клиницисту и психологу вопрос: "Почему Некто болеет данной болезнью?", чтобы выявить первое очевидное и существенное различие в их подходах. Врач ответит: "Потому что существует болезнь", психолог - "Потому что существует Некто". Оба ответа вполне правомерны, но, будучи еще предельно общими, они свидетельствуют о двух различных позициях, о наличии двух "плацдармов", с которых можно начать исследование системы "болезнь-больной". По существу, все дальнейшие несовпадения взглядов предопределяются этими "базовыми" различиями позиций и являются их конкретизацией. Основной задачей врача является устранение болезни (он должен определить, чем болен пациент, т.е. поставить диагноз, а затем выработать наиболее эффективную стратегию лечения). Естественно, что он акцентирует внимание прежде всего на болезни, ее закономерностях, характере течения. Все, что непосредственно не связано с болезнью, не вызвано (не обусловлено) ею, например, индивидуальные особенности субъекта, специфика его жизненной ситуации, привычные способы

реагирования и т.д., неизбежно рассматривается врачом как фон, на котором проявляются изменения, обусловленные болезненным процессом. Клиническая модель, в основных чертах оформившаяся в XIX веке, предполагает, если говорить схематично, что больной является страдательным, пассивным объектом воздействия болезни, он как бы захвачен ею, заточен в нее. При таком подходе больной подобен узнику, отгороженному от мира глухой непроницаемой стеной. Характерно, что подобное представление имплицитно предполагает, что "узник" сам по себе здоров или, скажем мягче, не болен. Поэтому главной, а может быть, и единственной задачей врача является освобождение его из "заточения", т.е. разрушение стены. Однако, прежде чем разрушать стену, необходимо понять, что она собой представляет, из какого "материала" сделана, т.е., иными словами, поставить диагноз. Понятно, что особенности материала определяют специфику подхода. Возможные две разновидности материала ("типы стен") соответствуют определенным нозологическим единицам. Существуют различные индикаторы, знаки, свидетельствующие о наличии той или иной нозологии - это симптомы. На основании обнаружения этих симптомов или особенностей их сочетания врач делает вывод о принадлежности данного случая к определенной нозологической единице, ставит диагноз. Такая подборка симптомов, характерных для различных заболеваний, т.е. тех проявлений, следствий болезненного процесса на разных уровнях, которые доступны наблюдению и анализу, врач отыскивает их для установления конкретного диагноза. Понятно, что обнаружение всех симптомов совершенно необязательно. Отсутствие одного или нескольких симптомов не имеет для клинициста существенного значения, если другие симптомы наличествуют. Такой подход объясняется тем, что для врача все симптомы в известном смысле равнозначны. Их связывает лишь тот факт, что все они являются отражением болезни. Они могут различаться только частотой встречаемости или временем возникновения (на более ранних или поздних стадиях заболевания). Их взаимосвязь и взаимовлияние не представляются врачу существенными, релевантными его задаче, т.к. он знает, что подлинной причиной всех симптомов является болезненный процесс. Поэтому содержательные связи лежат, с точки зрения врача, в вертикальной плоскости, идут в глубину, соединяя симптомы с определенным биологическим субстратом.

Если субстрат данной болезни остается неизвестным (как при большинстве психических заболеваний), то это, по мнению клинициста, свидетельствует лишь о недостаточности наших знаний и отнюдь не требует пересмотра самого объяснительного принципа и, тем самым, классической модели.

Поставив диагноз, врач выбирает средства, способные "разрушить" стену или хотя бы "пробить в ней брешь". В качестве средств он может избрать медикаментозную или электросудорожную терапию, лечение инсулиновыми шоками и т.д., словом, все методы, имеющиеся в современном врачебном арсенале, а также сочетание этих методов. Фактически врач исходит из представления о том, что мощное, пусть даже и неспецифическое, воздействие так или иначе отразится на всей "стене", затронет все симптомы. Если изменение симптоматики произойдет в ожидаемом им направлении, это свидетельствует о правильности, адекватности избранного им лечения. Если же нет, врач попросту изменит тактику лечения - предложит иные препараты, изменит дозы и т.д. Он будет делать это до тех пор, пока симптомы не редуцируются, а в идеальном случае - не исчезнут полностью. Устранение же симптомов свидетельствует о полном исцелении больного, хотя бы потому, что ни один врач, ввиду отсутствия симптомов, прежний диагноз поставить не сможет. Посмотрим, какова могла бы быть иная модель - модель психологическая? (В настоящий момент такая модель в ее достаточно разработанном

виде отсутствует. Это положение объясняется многими причинами, среди которых можно выделить, во-первых, недостаточную разработанность общепсихологической теории, отсутствие единства взглядов на целый ряд важных, чисто психологических моментов, и, во-вторых, слабую ассимиляцию даже разработанных теоретических положений в психологической практике, т.е. неспособность перенести теоретические конструкты на конкретно-операционный уровень).

Уже сейчас можно наметить психологические "диспозиции", отличающиеся от психиатрических. Так, для психолога неприемлемо понимание болезни и больного как "крепости" и "узника" в ней, поскольку современная психология в основном исходит из представления об активности субъекта. Кроме того, если в клинической модели пациент - пассивный объект воздействия болезни, то для психолога является недостаточным представление об одностороннем воздействии одного элемента системы на другой. Для него речь всегда идет о взаимодействии, взаимовлиянии некоторых сил, которые связаны воедино и не могут рассматриваться изолированно.

В понимании психолога болезненные проявления опосредуются личностью больного и в это взаимодействие вовлекаются все наличные ресурсы - компенсаторные возможности, защитные механизмы, мотивационные компоненты, смыслообразующие структуры и т.д., которые "ассимилируют" болезнь, отводят ей определенную роль как во внутреннем мире, так и во внешних проявлениях, в поведении субъекта. Таким образом, если для врача совокупность изменений, обнаруженных у больного, есть по преимуществу конкретное проявление болезни, то для психолога эти изменения - результат взаимодействия болезни и больного, следствие сопротивления субъекта ее воздействию, одновременно, следствие его приспособления, адаптации к ней.

Поэтому в "крепости", которую собирается разрушать психиатр, по мнению психолога, никого нет, т.к. больной и есть эта самая "крепость". Таким образом, надо помнить, что нанося удар по болезни, клиницист одновременно в какой-то степени бьет и по субъекту, по личности больного. Неслучайно поэтому приходится наблюдать случаи, когда "исцеленный" больной представляет собой "руины" в собственно личностном плане.

Сложное сочетание личности больного, видоизмененных болезнью и сохранных структур приводит к тому, что не только болезнь оказывает влияние на жизнедеятельность индивида, но и он, его личность могут влиять на болезнь, даже определять ее течение и исход. Поэтому процесс лечения в представлении психолога должен скорее закончиться в распутывании этого сложного "клубка", в планомерном, но осторожном расчленении, выглядящей единой и монолитной структуры. А для этого необходимо знать, за какую "ниточку" тянуть, чтобы не запутать "клубок" еще больше. При подобном распутывании неизбежно приходится иногда возвращаться назад. Подобные возвратные движения в процессе лечения могут выглядеть как усиление симптомов, обострение состояния. Например, на определенных этапах психокоррекционной работы может временно усиливаться депрессивная симптоматика.

Необходимо помнить, что в психологической парадигме симптомы не являются одноуровневыми, а образуют определенную иерархию. Они не есть следствие исключительно болезненного процесса, а скорее результат приспособления, адаптации субъекта к этой новой, измененной реальности, т.е. являются феноменальным проявлением действия адаптивных механизмов. Возникновение определенных симптомов может и неизбежно будет детерминировать возникновение других. Поэтому, "распутывая клубок", "потянув", затронув

некий симптом, мы должны быть готовы к тому, что он потянет за собой целый ряд других, казалось бы, несвязанных между собой симптомов. Например, нарушение произвольного внимания приводит к тому, что индивид привлекает в качестве компенсации произвольное внимание. В результате этого может произойти дезавтоматизация деятельности и, как следствие, повышение энергетических затрат, что может рассматриваться как симптом при некоторых заболеваниях. Таким образом, в представлении психолога различные лечебные мероприятия неизбежно отражаются не только на самой болезни, но и на личности больного. Если влияние этих лечебных методов на организм в большей или меньшей степени учитывается и контролируется, то *степень их воздействия на личность* остается величиной неизвестной и зачастую игнорируется.

Как уже говорилось, в клинической модели объект исследования рассматривается как срез в вертикальной плоскости - нарушения глубинных структур определяют изменения на более высоких уровнях. Таким образом, зная эти нарушения, т.е. причину, врач в принципе может заранее предсказать появление тех или иных симптомов. В рамках данной модели верным должно являться и обратное - спускаясь от симптома вглубь, врач должен выйти на первичные нарушения биологических структур. И такая ситуация более или менее соответствует действительности в клинике соматических заболеваний, где наличие определенных симптомов сигнализирует о поражении определенных органов. Так, например, пожелтение склер указывает на нарушения в деятельности печени. Разумеется, мы сейчас чрезвычайно упрощаем реальную ситуацию, ибо одна изолированный симптом может быть проявлением нарушений в различных органах, а также свидетельствовать о вторичных нарушениях, вызванных изменениями более глубоких структур. Однако, фиксируя симптомы, а также используя данные различных анализов, сам врач "отсекает" альтернативные гипотезы относительно диагноза данного заболевания и в результате вертикальная взаимосвязь определенных симптомов конкретными глубинными расстройствами в данном клиническом случае становится достаточно ясной. Иными словами, проблемы, возникающие при установлении связи симптомов с первичными нарушениями субстрата, могут быть решены самим врачом с использованием биологических, химических и других средств, т.е. являются исключительно медицинскими. Действительно, в большинстве случаев соматических заболеваний появление симптома обусловлено изменением глубинных структур, и фактически перед врачом стоит задача выделения из нескольких возможных взаимосвязей той, которая реализована в данном случае.

Однако вертикальная модель оказывается существенно менее эффективной в случае психических расстройств во-первых, как уже отмечалось, потому, что субстрат при большинстве заболеваний до сих пор неизвестен. Но ведь и при соматических заболеваниях он изначально не был известен, однако, идя от симптомов вглубь, рано или поздно, этот субстрат выявляли. В данном случае, прочем, ситуация существенно сложнее. Мы сталкиваемся не только (Я не столько) с необходимостью выявления одной из многих возможных связей симптомов с теми или иными нейрофизиологическими расстройствами, а с искажением, деформацией предполагаемых вертикальных связей. Причем это искажение не есть результат биологических процессов, происходящих в организме, а обусловлено влиянием принципиально нового фактора - личности больного. Именно личностная структура, которая в соматической клинике до недавнего времени не учитывалась вообще, в клинике психических заболеваний имеет первостепенное значение. При психических заболеваниях глубинные нарушения не проявляются непосредственно в поведении, а опосредуются личностью.

Воздействие болезненного процесса можно представить как некую силу, источником которой (по мнению врача) являются нарушения субстрата. Воздействие этой силы распространяется на более высокие уровни и производит определенные изменения на них. Однако "сталкиваясь" с личностью, эта сила может изменить (и, как правило, меняет) свое направление, преломляется, вследствие чего и происходит искажение. Таким образом, последующие изменения» т.е. характер проявления болезни на более высоких уровнях буду? определяться уже не только, а может быть, и не столько самим болезненным процессом, а особенностями преломления, обусловленными спецификой личностной структуры, законами ее организации. Незнание законов "преломления", врач лишен возможности установить непосредственную связь наблюдаемых им изменений на поведенческом уровне с постулируемыми нарушениями субстрата. Действительно, если просто спроецировать некое изменение поведения на глубинный уровень, но эта проекция окажется не в той точке, т.е. не укажет на нарушение физиологических структур, которые гипотетически обусловили возникновение этого изменения. Следовательно, отсутствие знаний о законах "преломления" или, что то же самое, о личностных особенностях» опосредующих различные воздействия, приводит к тому, что, пытаясь обнаружить подлинные причины психических заболеваний, медики оказываются в ситуации, когда проявления болезни, наблюдаемые "на выходе", не соответствуют ожидаемым, исходя из предполагаемых начальных нарушений субстрата "на входе". Отсюда - продолжающийся поиск как бы с двух сторон - и сверху вниз, в надежде на случайное попадание в точку физиологического нарушения, и в обратном направлении - от особенностей нейрофизиологических структур к внешне наблюдаемым изменениям поведения. Такой поиск представляется малоэффективным, в известной степени даже обреченным на неуспех, поскольку преломления болезненного процесса личностью могут иметь весьма своеобразный характер.

Так, болезненный процесс, опосредованный личностью, может проявиться на поведенческом уровне, но может и не "дойти" до него, проявляясь лишь в личностных изменениях или в изменении субъективных ощущений, а может быть также "отброшен" и на физиологическую "плоскость" (т.е. могут возникнуть вторичные физиологические изменения, обусловленные личностными особенностями). Наконец, эта сила может как бы "расщепиться", частично производя изменения во всех указанных направлениях.

Таким образом, без изучения законов "преломления" при установлении содержательных связей симптомов с глубинными нарушениями можно рассчитывать лишь на случайную удачу. Именно в исследовании законов преломления и создании своеобразной "топографической карты" личности больного видится существенная задача деятельности клинического психолога.

Итак, имеются две плоскости рассмотрения объекта - клиническая и психологическая. Естественно, что объекти причинно-следственные связи, обуславливающие изменения его состояний, выглядят с этих точек зрения по-разному. Врач наблюдает и изучает симультанные проявления болезненного процесса на разных уровнях целостного организма. Причина всех изменений видится при этом в нарушениях глубинных физиологических структур. Для врача изменения на поведенческом уровне представляют собой как бы непосредственную изнанку патофизиологических процессов, они всегда есть "симптомы болезни". По-иному видит психолог. Для него "симптомы" являются лишь элементами общего "узора" поведения, вплетаются в него, т.е. эти проявления не есть изолированные поведенческие акты, независимые от поведения в целом, а, напротив, могут быть объяснены и

поняты именно через взаимосвязь со всем поведенческим полем, исходя из общей стратегии жизни личности, определяемой, в конечном счете, потребностями субъекта, его целями, спецификой опыта, субъективным отражением объективной ситуации, особенностями окружения и т.д. Это означает, что последовательное осуществление психологического подхода предполагает соблюдение следующего требования: клинический психолог при анализе поведения пациента должен объяснить его, исходя из особенностей личности, не ссылаясь при этом исключительно на нарушения глубинных биологических структур. Собственно болезненный процесс должен постоянно учитываться, но лишь как одно из условий (безусловно, очень важное), в которых функционирует личность.

Может возникнуть возражение, что при болезнях часто наблюдаются не только разного рода сложные искажения поведения, но и его явная примитивизация, когда ситуативные воздействия начинают непосредственно влиять на акты поведения и определяют их. Иными словами, личность как бы "вычлещается", перестает опосредовать различные воздействия и, следовательно, утрачивает свою функцию преобразователя этих воздействий. Но даже и в этом случае личность остается "призмой преломления". Однако она "теряет" свои грани и импульсы из внутренней или внешней среды проходят "сквозь" нее без преобразований.

Упрощение поведения является не менее информативным при изучении законов личностного опосредования, чем искажение поведения. Там, где вместе с сложными формами поведения мы имеем их упрощенные подобию, можно предполагать специфические изменения личности, проявляющиеся либо в ее уплощении, в выпадении определенных структур, личностных образований, либо в невосприимчивости к импульсам, ранее вызывавшим определенную реакцию, и, тем самым, подвергавшимся опосредованию.

Последнее, однако, возможно лишь в том случае, когда эти импульсы не "задевают" личность, становятся как бы безразличными для нее, утрачивают свое субъективное значение. Следовательно, проблема опосредования личностью разнообразных воздействий может быть переформулирована как проблема личностных смыслов. Таким образом, оскудение поведения как выражение количественного ограничения воздействий, подвергающихся "преломлению", преобразованию, будет объясняться изменением иерархии этих смыслов, их переструктурированием, "переосмыслением". Поэтому на операциональном уровне основной задачей психолога становится изучение законов личностного опосредования, а на теоретическом - исследование законов смыслообразования. Выполнение этой задачи требует, однако, нового психологического рассмотрения целого ряда устоявшихся понятий и, прежде всего, понятия психического здоровья.

ТЕМА 2 ПСИХИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Семигарское занятие №1 Психическая болезнь и психическое здоровье

Цель: выделить и зафиксировать критерии психологического/психического здоровья личности.

Вопросы для обсуждения:

- Что такое «норма и патология», как вы думаете, можете ли вы заболеть психически (ведь мы с легкостью можем представить, что с возрастом мы будем страдать

каким-то тяжелым соматическим заболеванием, почему, как вы думаете, гораздо сложнее нам представить себя нездоровым психически?), как вы узнаете о своей болезни, какого человека вы считаете психически здоровым (образ)?, психически больным(образ)? Попробуйте самостоятельного выделения критериев психического здоровья, фиксация их на листе.

- Понятие психологического здоровья: что стоит за этим термином, соотносятся ли эти две реальности-психическое и психологическое здоровье, как соотносится это с понятием «душевное здоровье», ощущали ли вы себя когда-либо психологически нездоровым, как это было, как вы узнавали что вы нездоровы психологически, какие критерии психологического здоровья можно выделить? Попробуйте самостоятельного выделения критериев психологического здоровья, фиксация их на листе.

- Дискуссия с использованием Текста №2,

Рекомендуемая литература

1. Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М., 1983.
2. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский и др. – СПб., 2005.
3. Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р.Комер. – СПб., 2002.

Текст №2

О соотношении понятий «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» в отечественных и зарубежных исследованиях

А.А. Лифинцева

Российский государственный университет им. И.Канта

В психологической и медицинской науках существует достаточно много понятий, которые дают возможность оценить функции организма человека на всех уровнях его организации, особенности развития личности человека и специфику его внутренних состояний. Наиболее сущностными, но в то же время, достаточно противоречивыми, являются понятия «психическое здоровье» и «психологическое здоровье». Термин «психическое здоровье» был введен Всемирной Организацией Здравоохранения в 1979 году. В США и Великобритании, (и в целом в англоязычных публикациях) словосочетание “mental health” обозначает успешное выполнение психических функций, имеющим результатом продуктивную деятельность, установление отношений с другими людьми и способность адаптироваться к изменениям и справляться с неприятностями. С раннего детства до поздних периодов жизни психическое здоровье составляет основу интеллектуальной деятельности и коммуникативных навыков, научения, эмоционального роста, устойчивости и самоуважения. В других определениях подчеркивается, что психическое здоровье – это относительно устойчивое состояние бытия, в котором индивид достаточно удовлетворен собой и чувствует интерес к жизни и самореализации.

С точки зрения многих авторов (С.М.Громбах, N.Sartorius) психическое здоровье представляет собой интегральную характеристику полноценности психического функционирования индивида, включающая понимание природы и механизмов его поддержания. Это собственная жизнеспособность индивида, при этом основу психического здоровья составляет полноценное развитие высших психических функций, психических процессов и механизмов на всех этапах онтогенеза.

В психологическом словаре под термином «психическое здоровье» понимается «состояние души и его благополучия, характерное отсутствием болезненных психических проявлений обеспечивающее адекватную условиям действительности регуляцию поведения и деятельности». Это такое состояние индивида, которое характеризуется цельностью и согласованностью всех психических функций организма, обеспечивающих чувство субъективной психической комфортности, способность к целенаправленной осмысленной деятельности и адекватные формы поведения.

Понятие «психологическое здоровье» было введено в научный лексикон И.В. Дубровиной. С ее точки зрения, если термин «психическое здоровье» имеет отношение к отдельным психическим процессам и механизмам, то термин «психологическое здоровье» – относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет рассмотреть психологический аспект проблем психического здоровья в отличие от медицинского, физиологического, философского и других аспектов (Дубровина И.В.).

Многие авторы указывают на тесную связь данных понятий, например, Б.С. Братусь выделяя три уровня здоровья: психофизиологическое, индивидуальнопсихологическое и личностное, первый относит к психическому здоровью, в то время как второй и третий – к психологическому благополучию или психологическому здоровью.

Обобщая взгляды многих авторов на проблему психологического здоровья можно сказать, что оно представляет собой интегральную характеристику личностного благополучия, включающую в себя несколько компонентов: социальный, эмоциональный и интеллектуальный аспекты развития личности.

При оценке уровня психического здоровья человека используются различные критерии. Наиболее информативными с позиций многих авторов, являются следующие:

1. Соответствие субъективных образов отражаемыми объектами действительности и характера реакций – внешним раздражителем, значению жизненных событий.
2. Адекватный возрасту уровень зрелости личности сфер, эмоционально –волевой и познавательной.
3. Адаптивность в микро социальных отношениях. Способность разумного планирования жизненных целей и поддержания активности в их достижении.

Критериями психологического здоровья являются: хорошо развитая рефлексия, стрессоустойчивость, умение находить собственные ресурсы в трудной ситуации (И.В.Дубровина), полнота эмоциональных и поведенческих проявлений личности (В.С.Хомик), опора на собственную внутреннюю сущность (А.Е.Созонов, F.Pearls), самопринятие и умение справляться со своими эмоциональными трудностями без ущерба для окружающих, «самообъективность» как четкое представление о своих сильных и слабых сторонах, наличие системы ценностей, содержащих главную цель и придающей смысл всему, что делает человек (G. Allport).

Важным критерием психологического здоровья является характер и динамика основных процессов, определяющих душевную жизнь индивида (Л.М.Аболин), в частности, изменение ее свойств и особенностей на разных возрастных этапах (К.А.Абульханова, Б.С.Братусь, С.Л.Рубинштейн, Е.Еrikson).

Таким образом, можно сказать, что психологическое здоровье несомненно связано с психическим здоровьем, именно последнее создает основу для здоровья психологического. Четкое понимание данных понятий, их сущностная характеристика и особенности очень важны, так как важно разграничивать сферы деятельности специалистов, работающих в области охраны и укрепления психического здоровья (психиатры, психологи, психотерапевты и т.д.) и профессионалов, изучающих психологическое здоровье (психологов, психотерапевтов).

ТЕМА 3 ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Семинарское занятие №1 Биологический подход в медицинской психологии

Цель: определить биологические факторы возникновения психических расстройств.

Вопросы для обсуждения:

- Основные биологические факторы в развитии психических расстройств: биохимический дисбаланс, генетические аномалии, врожденная или приобретенная патология головного мозга, депривация физических потребностей (недостаток питательных веществ и витаминов);
- В возникновении каких расстройств большую роль играет генетический фактор, каков в принципе механизм, почему физическое проявляет себя в психическом, как именно биологические факторы влияют на психическое здоровье?;
- Классические и современные варианты теории стресса, их достоинства и недостатки.

Рекомендуемая литература

1. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб., 2002.
2. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Юматов. – Ростов-на-Дону, 2003.
3. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология: Учебное пособие / Ю.Г. Фролова. – Минск, 2010.

Семинарское занятие №2 Психодинамический подход в медицинской психологии

Цель: зафиксировать историческую динамику психоаналитических идей в медицинской психологии.

Вопросы для обсуждения:

- Какие механизмы формирования психической патологии были предложены классическим психоанализом?
- Психология объектных отношений и ее вклад в понимание этиологии и патогенеза психических расстройств;
- Психологический диагноз и уровни развития личности.

Рекомендуемая литература

1. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. – М., 1998.
2. Мендос, С. Психодинамические модели в психиатрии / С. Мендос. – М., 2001.
3. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. В. Рубинцов, И. И. Юматова. – Ростов-на-Дону, 2003.
4. Томэ, Х. Современный психоанализ: в 2 т. / Х. Томэ, Х. Кэхоте. – М., 1996.
5. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология: Учебное пособие / Ю.Г. Фролова. – Минск, 2010.

Семинарское занятие №3 Поведенческий подход в медицинской психологии

Цель: зафиксировать психологический механизм возникновения психического расстройства как следствие нарушений процесса обуславливания (классического, оперантного), процессов научения.

Вопросы для обсуждения:

- Расстройства первого и второго типа (Айзенк);
- Гипотезы Фестера и Левинсона о возникновении депрессии;
- Организация дискуссии на тему: «Наказание в воспитании: границы дозволенного»

Рекомендуемая литература

1. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб., 2002.
2. Мейер, В. Методы поведенческой терапии / В. Мейер, Э. Чессер. – СПб., 2001.
3. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология: Учебное пособие / Ю.Г. Фролова. – Минск, 2010.

Семинарское занятие №4 Когнитивный подход в медицинской психологии

Цель: ознакомиться с основными методами психотерапии, основанными на когнитивном подходе к пониманию сущности психического расстройства.

Вопросы для обсуждения:

- Виды иррациональных суждений по А.Эллису;

- Типовая схема работы в рамках рационально-эмотивной терапии;
- Приемы анализа когнитивных ошибок по А. Бэку.

Текст №3

Эллис разделил иррациональные суждения на четыре вида:

1. "Долженствовательные" указывают на то, что кто-то (или что-то) должно быть не таким, какое оно есть ("Я должен выиграть игру", "Он должен быть любезным по отношению ко мне", "Все должны быть честными со мной"). В основе таких суждений лежит какое-то навязчивое целеполагание.

2. "Ужасания" суждения строятся на том, что всё ужасно, жутко и кошмарно, потому что все не так, как следовало бы быть ("Будет ужасно, если я не закончу уборку до прихода мужа", "Это ужасно, что мой замысел разгадали, теперь мне конец"). Подобные суждения строятся, опираясь на сильно негативные эмоции, при этом имеет место "страх ужаса".

3. Суждения "надлежания" отражают неспособность человека выдержать или вытерпеть мир, если он отличается от того, каким ему "надлежит" или "следует" быть ("Я не вытерплю, если окажется, что мой лучший друг - обманщик", "Все вокруг оказались враги, и я это не смогу пережить").

4. "Порицающие" суждения принижают личность (собственную и того человека, из-за которого ситуация стала не такой, какой ей "надлежит" или "следует" быть). В основе таких суждений лежит инфантильная модель мира, в которой люди делятся на хороших и плохих, добрых и злых, и также инфантильное представление о долге каждого человека поощрять или наказывать хороших или плохих. Примеры: "Он ужасный человек, должен быть наказан за опоздание", "Если он скажет мне ещё одно плохое слово, я пойму, что он - негодяй, и тогда я ему отомщу".

Двенадцать основных иррациональных идей по Эллису.

Конкретизируя, Эллис выявил наиболее типичные, "сердцевинные" иррациональные идеи, которые явно или неявно лежат в основе большинства эмоциональных расстройств.

1. Для взрослого человека совершенно необходимо, чтобы каждый его шаг был привлекателен для окружающих.
2. Есть поступки хорошие, скверные, и повинных в них следует строго наказывать.
3. Это катастрофа, когда все идет не так, как хотелось бы.
4. Все беды навязаны нам извне - людьми или обстоятельствами.
5. Если что-то пугает или вызывает опасение - надо быть начеку.
6. Лучше избегать ответственности и трудностей, чем их преодолевать.
7. Каждый нуждается в чем-то более сильном и значительном, чем то, что он ощущает в себе.
8. Нужно быть во всех отношениях компетентным, адекватным, разумным и успешным. Нужно все знать, все уметь, все понимать и во всем добиваться успеха.
9. То, что сильно повлияло на вашу жизнь один раз, всегда будет влиять на нее потом.
10. На наше благополучие влияют поступки других людей, поэтому надо сделать все, чтобы эти люди изменялись в желаемом для нас направлении.

11. Плыть по течению и ничего не предпринимать - вот путь к счастью.
12. Мы не властны над своими эмоциями и не можем не испытывать их.

Рекомендуемая литература

1. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек [и др.]. – СПб., 2003.
2. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб., 2002.
3. Моховиков, А. Н. Телефонное консультирование / А. Н. Моховиков. – М., 2006.
4. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология: Учебное пособие / Ю.Г. Фролова. – Минск, 2010.

Семинарское занятие №5 Экзистенциально-гуманистический подход в медицинской психологии

Цель: ознакомиться с основными методами психотерапии, основанными на экзистенциально-гуманистическом подходе к пониманию сущности психического расстройства

Форма работы:

Подготовка и защита презентации на тему «Три взгляда на случай Эллен Вест». Студенты делятся на группы, представляющие позицию каждого из исследователей (Л. Бинсвангера, Р. Мэй, К. Роджерса), организация дискуссии

Рекомендуемая литература

1. Бинсвангер, Л., Мэй Р., Роджерс, К. Три взгляда на случай Эллен Вест: Л.Бинсвангер, Р.Мэй, К.Роджерс // Консультативная психология и психотерапия. 1993. — № 3.

Текст №4

Фрагмент статьи

Просматривая последние страницы книг по психотерапии, где традиционно размещаются «Указатели», трудно не заметить, что там, среди имен знаменитых психотерапевтов, часто повторяются и имена некоторых легендарных пациентов. Можно вспомнить целый ряд классических клинических случаев, которые прочно вошли в историю мировой психотерапии. Сегодня нам хорошо известно, сколь значительными вехами в революции психоанализа явились случаи Анны О., Элизабет фон Р. (Фрейд, 1992), Сесили или Доры (Сартр, 1992); сколь важным прологом к истории аналитической психологии послужил случай С.В., описанный в 1902г. К.Г.Юнгом в его диссертации «Психология и патология так называемых оккультных явлений» (Юнг, 1939); сколь ценную помощь в понимании экзистенциального смысла тревоги оказал Ролло Мэю случай Гарольда Брауна (May, 1977), сколь революционную роль в развитии современных представлений о шизофрении и психотерапии шизофрении сыграла публикация случая Рене, в которой швейцарский психоаналитик М.Сеше подробно описывала использование своего метода символической реализации (Sechehayе, 1947), а также случай

Джулии, изложенный Р.Д.Лэингом в его знаменитой работе «Разделенное Я» (Laing, 1959). Весьма знаменательным событием в истории психотерапии явился случай Герберта Брайена, опубликованный Карлом Роджерсом в 1942г. (Rogers, 1942). Это была первая в истории публикация, в которой содержался не субъективный пересказ автором своей психотерапевтической работы, а полный дословный текст психотерапевтических сессий, представляющий собой расшифровку их фонографической записи.

Психотерапевтические случаи нередко продолжают жить своей самостоятельной жизнью даже после смерти самих участников психотерапевтической работы. К ним вновь и вновь возвращаются психотерапевты следующих поколений, пытаясь глубже понять или по-новому осмыслить творчество классиков. Вокруг некоторых случаев завязывается почти детективная интрига. Достаточно вспомнить судьбу двух из важнейших в истории психоанализа случаев. Немало поправок в психоаналитическую историю внесла знаменитая Анна О. (настоящее имя Берта Паппенхайм), которая прожила долгую и продуктивную жизнь, став известным социальным работником и одним из основоположников феминистского движения. Согласно классической версии Фрейда, канонизированной в анналах истории психоанализа, Йозеф Брейер прервал лечение Анны О. после того, как ее отношение к нему обрело выраженную эротическую окраску, и она стала проявлять симптомы истерической беременности.

Однако ряд современных исследователей, погрузившись в биографию Берты Паппенхайм, стали подвергать сомнению версию Фрейда. Как заключает в своем хорошо документированном исследовании Г.Элленбергер, «эта версия не подтверждается, поскольку не соответствуя хронологии случая» (Ellenberger, 1978). Неожиданное продолжение имеет и история «человека с фобией волков». В 1918г. Фрейд публикует материалы своей аналитической работы с молодым богатым русским дворянином под названием «Из истории инфантильного невроза» (Freud, 1918). У Фрейда были все основания расценивать этот случай как одно из знаменательных событий в истории психоанализа. Он неоднократно использовал его в качестве веского аргумента в своих теоретических спорах с К.Г.Юнгом и А.Адлером, а затем и в полемике с О.Ранком и Ш.Ференци. Это был один из первых случаев, когда Фрейду удалось отчетливо выявить инфантильные сексуальные фантазии. Кроме того, он был весьма удовлетворен терапевтическими результатами своей работы с «человеком-волком». Однако, как нам известно сегодня, его бывший пациент после завершения работы с Фрейдом проходил анализ еще у целого ряда известных психоаналитиков. Случай «человека-волка» и его дальнейшая судьба подробно обсуждаются в целом ряде психоаналитических работ (Gardner, 1971; Mahony, 1984). Рядом из них опубликованы воспоминания и самого «человека-волка» (Gardner, 1971).

В середине 70-х годов австрийской журналистке Карин Обхольцер (Obholzer, 1982) незадолго до смерти «человека-волка» удалось сделать с ним серию сенсационных интервью. Во-первых, выяснилось, что до самой смерти ему так и не удалось избавиться от большинства своих навязчивостей, о чем теперь с упоением рассказывают такие противники психоанализа, как, например, Г.Айзенк. Во-вторых, в этих интервью «человек-волк» оспаривает верность многих моментов в описании Фрейда его случая, а также не соглашается со многими его интерпретациями.

Заметное место в истории психотерапии занимает случай Эллен Вест, описанный Людвигом Бинсвангером на основе архивных материалов. В сороковые годы он был опубликован в швейцарском журнале

неврологии и психиатрии (Binswanger, 1944-1945), а в конце пятидесятых вместе с описанием случаев Ильзе, Лолы Фосс и Юрга Цюнда вошел в текст знаменитой монографии Бинсвангера «Шизофрения» (Binswanger, 1957). Если первая, клиническая, часть «Случай Эллен Вест» по праву считается одним из лучших в мировой психиатрии образцов феноменологического описания клинического материала, то вторая его часть является классическим примером экзистенциально-аналитического понимания особого способа бытия-в-мире человека, страдающего шизофренией. Закономерно, что ссылки на «Случай Эллен Вест» можно найти и в многих исследованиях, посвященных шизофрении, так и практически в каждой серьезной работе по экзистенциальной психологии и психиатрии. До 60-х годов экзистенциальная ориентация в психотерапии представляла собой исключительно европейский феномен. Издание в США знаменитой антологии «Существование: новое измерение в психиатрии и психологии» (May, Angel & Ellenberger, 1958), в которую вошел и «Случай Эллен Вест», сыграло заметную роль в распространении экзистенциальных идей среди американских психологов и психотерапевтов, оказало известное влияние на зарождение в Америке так называемой «третьей силы» (наряду с психоанализом и бихевиоризмом) – экзистенциально-гуманистической психологии и психотерапии. Неудивительно, что во многих работах Ролло Мэя – одного из главных пропагандистов европейского экзистенциализма в США и одного из главных инициаторов экзистенциально-гуманистического движения – мы находим его интерпретации идей Л.Бинсвангера и ссылки на случай Эллен Вест.

Неудивительно, что и Карл Роджерс – другой основатель этого движения – не обошел вниманием классический текст Л.Бинсвангера (Rogers, 1961).

Располагая рядом публикаций, посвященных случаю Эллен Вест, мы имеем возможность устроить на страницах нашего журнала нечто вроде симпозиума или «круглого стола», на котором этот случай обсуждается Л.Бинсвангером, Р.Мэем и К.Роджерсом. Первым по порядку идет текст Р.Мэя, который может служить своего рода вступительным словом, дающим краткую историческую справку и представляющим «основного докладчика». Следующим материалом является реферат «Случай Эллен Вест» Л.Бинсвангера. И, наконец, в статье «Эллен Вест и одиночество» Карл Роджерс излагает свое видение этого случая, выступая в качестве главного оппонента Л.Бинсвангера и Р.Мэя.

Семинарское задание №6 Отечественный подход в медицинской психологии

Цель: обобщить историю развития медицинской психологии в дореволюционной России, в период советской власти, на современном этапе.

Форма работы:

- Подготовка рефератов с анализом научных биографий и основных идей представителей отечественной медицинской психологии: В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, Б.В. Зигарник., А.Е. Личко, Л.И. Вассерман, С.Я. Рубинштейн и др.

Рекомендуемая литература

1. Золотова, Н.В., Мазиллов, В.А., Базиков, М.В. Отечественная медицинская (клиническая) психология: проблемы истории, становления и развития / Н.В., Золотова, В.А., Мазиллов,

М.В. Базиков // Медицинская психология в России –№6, 2014.
http://www.mprj.ru/archiv_global/2014_6_29/nomer/nomer01.php

2. Сироткина, И.Е. Психология в клинике: работы отечественных психиатров конца прошлого века / И.Е. Сироткина // Вопросы психологии. –1995, №6.– С. 75-92.
<http://www.medpsy.com/library/library071.php>

РАЗДЕЛ 2. ПСИХОСОМАТИКА

ТЕМА 1 МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХОСОМАТИКЕ

Семинарское занятие №1 Методология и методы исследования в психосоматике

Цель: ознакомить с методологией организации психологических исследований психосоматической проблемы.

Форма работы:

- Подготовка проектов организации психологического исследования в соответствии с методом поперечных срезов, лонгитюдным методом.
- Анализ художественных произведений, пословиц, поговорок, идиоматических выражений с целью выделения устойчивых словосочетаний, характеризующих проблему телесности (Текст №5).

Рекомендуемая литература

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб., 2000.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994.
3. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1987.
4. Соколова, Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е. Т. Соколова. – М., 1979.
5. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2003.

Текст №5

Психосоматические метафоры в русском фольклоре

Голова	"Что не весел, что головушку повесил?", "Терпи, голова, в кости скована", "Голова чешется — брань на себя слышать"
--------	--

Лицо	"Сердце веселится, и лицо цветет", "В худом житье лицо чернеет, а добром белеет", "Что в сердце варится, в (или: "на") лице не утаится", "Не спрашивай здоровья, а глянь в лицо. Суди не по годам, а по ребрам (по зубам)"
Волосы	"В добром житье сами кудри вьются, в худом -- секутся", "Не время волос белит, а старина", "Разумна голова богато волосу не держит"
Глаза	"Глаза — зеркало души", "У страха глаза велики", "Видна печаль по ясным очам, а кручина по белу лицу"
Рот	"Как мошна пуста, так запекутся уста", "У насмешливого зубы белы", "Ртом болезнь входит, а беда выходит", "Кабы не зубы да губы, так бы и душа пошла", "У кого что болит, тот о том (или: "про то") и говорит"
Нос	"Кто весел, а кто и нос повесил", "Смерть на носу"
Шея	"У спесивого кол в шее", "Кому кнут да розга в руку, кому хомут на шею"
Плечи	"Взвалить на свои плечи", "Много надеждыпереди, а смерть за плечами", "Горе с плеч долой. Скинь горе с плеч!"
Спина	"Была бы спина, найдется и вина"
Сердце	"Сердце не камень", "Камень от сердца отвалился", "Доброму человеку и чужая болезнь к сердцу", "Ряд железост, а печаль — сердце", "Яко червь сушит древо, так печаль губит сердце", "Сердце от тухом запело", "Гнев человеку сушит кости, крушит сердце", "Тебе смешно, а мне до сердца дошло (а ему тошно)", "Сердце не дробит — голова не болит", "Душа не стерпит, а сердце возьмет. Возьмет сердце, как душа не стерпит"
Руки	"Судьба придет — по рукам свяжет", "Судьба придет, ноги сведет, а руки свяжет", "Ах да рукою мах", "За что ни возьмется, все из рук валится", "Жарко желают, да руки поджимают",
Живот	"Не нас, сирот, а себя в живот (разит злой)", "Разорви тому живот, кто неправдой живет",
Печень	"Ты у меня в печенках сидишь", "Не сердись — печенка лопнет (или: "печенку испортишь")",

Ноги	"Не пил, не ел, а ноги подломились, что с похмелья (горе — беда)", "Беды да печали с ног скачали (или: "свалили")", "Печаль не уморит, а с ног собьет",
Телосложение:	"С печали не мрут, а сохнут", "Кручина иссушит в лучину", "Тощ, как хвощ; живет тоненьким, а поменьку"

ТЕМА 2 КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Семинарское занятие №1 Классификация психосоматических расстройств

Цель: ознакомление с диагностическими категориями и критериями психосоматических расстройств.

Оборудование: описание различных клинических случаев (выдержки из истории болезни).

Задание:

Определить вариант психосоматического расстройства, описанного в конкретном диагностическом случае

Форма контроля:

Проверка предоставленных ответов

Примеры описания клинических случаев

Госпожа Аминат, 57-летняя женщина, договаривается о встрече с новым клиницистом. Она жалуется на историю многолетних многократных неясных признаков. За прошлое десятилетие она обращалась ко многим врачам, включая нескольких первичных врачей и многочисленных узких специалистов. Ее основные жалобы включают брюшную боль, боль в груди, головную боль, усталость и неустойчивое головокружение. Она приносит объемный перечень обследований и лечения ее предшествующими врачами. Эти отчеты включают многократные лабораторные испытания и диагностические процедуры, но ни один из них не установил причину ее недомогания.

Г. Б., 32-летний мужчина, который жалуется врачу на усталость, слабость и тошноту, а также перемежающуюся боль в брюшной полости, лихорадку и боль в груди, вызывающую «головокружения». Он отметил, что жил в старом здании и волновался, не подвергается ли он каким-либо токсинам. Его физическое обследование и лабораторные анализы были нормальными. Однако он не был удовлетворен этими результатами, и его жалобы продолжались. Он начал обращаться к врачам с вопросами о хронических инфекциях Кандиды, поствирусных синдромах, и многократные химические синдромы чувствительности его также беспокоили. Его врач обсудил каждое возможное расстройство с ним и продолжал выполнять соответствующие медицинские исследования признаков. Пациент начал искать все его симптомы в Интернете. Он был убежден, что пострадал от химических воздействий, присутствующих в его доме, и стал участвовать во множестве групп поддержки «онлайн». Г.Б. сопротивлялся другим объяснениям его признаков и постепенно стал неудовлетворенным действиями его врача и намеревался искать новых экспертов в области его болезни.

Рекомендуемая литература

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб., 2000.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994.
3. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1987.
4. Соколова, Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е. Т. Соколова. – М., 1989.
5. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2003.

ТЕМА 3 ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМЕ

Семинарское занятие №1 Психоаналитический подход к психосоматической проблеме

Цель: ознакомление с психоаналитическими интерпретациями психосоматических расстройств.

Задание:

Составление «словаря психосоматических метафор» с использованием теоретических положений психоаналитической концепции.

Форма контроля:

Проверка предоставленных «словаре»

Текст №6

3. Фрейд описал психосоматический механизм развития телесных заболеваний: по его мнению, при неврозах сильное эмоциональное возбуждение (психотравма) приводит к соматическим нарушениям. В дальнейшем сложилась психоаналитическая трактовка подобных заболеваний, согласно которой психосоматические нарушения формируются вследствие сочетанного действия двух механизмов. Со стороны сознания – это механизм вытеснения, являющегося преградой на пути доступа в сферу сознания неприемлемых подсознательных мыслей и влечений (по крайней мере, в их изначальной форме — не признанной, «ложной правды», неотретушированной сознанием). Со стороны же подсознания действует механизм конверсии, благодаря которому «подсознательный материал» прорывается на поверхность в трансформированной форме, в виде символов, обходящих цензуру сознания, но в то же время недвусмысленно указывающих на внутренний конфликт.

Отсюда те или иные болезненные психосоматические проявления являются ответами на неприемлемую жизненную ситуацию в символической форме. С этой точки зрения приступ бронхиальной астмы — не что иное, как заторможенный «приступ плача», или призыв материнской помощи. Распространенным заболеванием с отчетливым психосоматическим компонентом и сходным внутренним психологическим конфликтом является вазомоторный ринит (риносинусит) — своего рода невыплаканные, «невидимые миру слезы».

Психоаналитическая интерпретация расстройств пищеварения — это неспособность «переварить жизненные обстоятельства». Символическая трактовка язвенной болезни желудка (а отчасти и панкреатита) — соматизированные самообвинения, следствие испытываемого человеком чувства вины и самонаказания, как бы «переваривание» им самого себя (в русском языке к этой ситуации хорошо подходит образное выражение «самоедство»). В основе болезней кишечного тракта, по мнению А. Лоуэна, также лежит «задержанный» плач (фрейдовская психоаналитическая трактовка колитов — ригидность, мелочность, скупость и стремление контролировать окружающих, так называемый «анальный характер»).

Заболевания опорно-двигательного аппарата (позвоночник, суставы) — отражение «пассивной раздраженности» жизненной ситуацией, которую с одной стороны человек не приемлет (что и служит причиной его раздражения), а с другой — не считает для себя возможным разрешить с помощью активных собственных действий. К этому обычно добавляется переживание отсутствия внешней поддержки и опоры, либо ощущение буквально физического «давления» жизненных обстоятельств.

Еще одна давно попавшая в поле зрения психоанализа телесно-психологическая проблема — разнообразные боли (головные боли, боли в области сердца и др.). Здесь можно напрямую наблюдать, как телесные боли являются отражением боли душевной. Последняя представляет собой по сути не что иное, как самонаказание, причиной которого является чувство вины, вызванное жестким родительским воспитанием в раннем детстве в глубинные слои психики человека. Предрасположенность к развитию психогенных болей отмечается также у лиц с жесткой, ригидной (негибкой) структурой характера, с гипертрофированным «Супер-Эго».

По механизму вытеснения («не вижу — потому что не хочу видеть», «не чувствую — потому что не хочу чувствовать») или самонаказания развиваются и истерические (конверсионные) нарушения движений, чувствительности, зрения, речи.

Рекомендуемая литература

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. — СПб., 2000.
2. Куттер, П. Современный психоанализ / П. Куттер. — СПб., 1997.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — СПб., 1994.
4. Менцос, С. Психодинамические модели в психиатрии / С. Менцос. — М., 2001.
5. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. — М., 1987.
6. Соколова, Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е. Т. Соколова. — М., 1989.
7. Томэ, Х. Современный психоанализ: в 2 т. / Х. Томэ, Х. Кэхеле. — М., 1996.
8. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. — Минск, 2003.

ТЕМА 4 ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ В ПСИХОСОМАТИКЕ

Семинарское занятие №1 Физиологические теории в психосоматике

Цель: ознакомиться с основными положениями теории стресса в психосоматике (Г.Селье, Р.Лазарус).

Вопросы для обсуждения:

- Психофизиология и психология стресса, совладание с ним как проблема психосоматики.
- Теория стресса Г.Селье, ее истоки и роль в разработке проблем психосоматики.
- Стресс физиологический, психологический и эмоциональный.
- Современные теоретические представления о совладании со стрессом (coping behavior).
- Когнитивная теория стресса и совладающего поведения Р.Лазаруса.
- Поисковая активность и ее роль в адаптации к стрессу.

Рекомендуемая литература:

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб., 2000.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994.
3. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1987.
4. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Юматова. – Ростов-на-Дону, 2002.
5. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2003.

ТЕМА 5 НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ И БОЛЕЗНИ: ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ТИП «А» И ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ТИП «С»

Семинарское занятие №1 Направленность личности и болезни: поведенческий тип «А» и поведенческий тип «С»

Цель: ознакомиться с основными психологическими факторами возникновения сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний..

Вопросы для обсуждения:

- Поведение типа А как совокупность следующих поведенческих черт (привести данные психологических исследований): конкурентность со стремлением к высоким достижениям, агрессивность, враждебность, нередко скрытая, торопливость, нетерпение, тревожность, взрывная речь, напряженность мышц лица, жизнь в режиме постоянного цейтнота, ответственность с сильной вовлеченностью в работу.

- Депрессия и выученная беспомощность, невыразительность эмоций и подавление негативных эмоций, отсутствие социальной поддержки как психологические условия возникновения онкозаболеваний (привести данные психологических исследований).

Рекомендуемая литература:

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб., 2000.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994.
3. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1987.
4. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. Б. Воронцов, И. И. Юматова. – Ростов-на-Дону, 2003.
5. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2003.

ТЕМА 6 ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ ТЕОРИИ В ПСИХОСОМАТИКЕ

Семинарское занятие №1 Феноменологические и экзистенциальные теории в психосоматике

Цель: ознакомление с основными приемами психотерапевтической работы с психосоматическими расстройствами, основанной на феноменологическом и экзистенциальном подходе.

Материалы:

Тексты первоисточников с описанием стратегии психотерапевтической работы, основанной на экзистенциально-феноменологическом подходе к психосоматической проблеме.

Форма работы:

Организация дискуссии в студенческой аудитории с использованием материалов статьи О.С. Суворовой «телесность человека как основа его жизни и единства с природой».

Текст №8

Телесность человека как основа его жизни и единства с природой

О.С. Суворова

<http://intencia.ru/News-print-10.html>

Формирование биофилософии может рассматриваться как закономерный этап развития знаний о живой природе и человеке, как результат поисков таких фундаментальных законов и принципов, на основе которых может быть построено современное миропонимание. Необходимость существенных сдвигов в этом отношении делается очевидной в наше время, породившее комплекс глобальных проблем и предельно обострившее

экологическую ситуацию, в условиях, когда само сохранение живой природы на Земле оказалось под угрозой, а полноценное существование человека, обеспечение его здоровья и максимальной продолжительности жизни даже в индустриально развитых странах стало сомнительным. Человек уже не ощущает себя ни частицей природы, ни ее властелином, и это оказывается одним из факторов обострения чувства отделенности и неуверенности, стимулирующего попытки вновь обрести единство с природным миром. Вследствие этих причин и возникает потребность в обосновании нового — биофилософского — подхода к истолкованию бытия, к созданию единой картины природы, в которую человек мог бы быть вписан как ее специфический, но органический элемент, в выработке соответствующей системы ценностей и ориентиров.

В центре биофилософских исследований оказывается рационализированное и вместе с тем аксиологически нагруженное понятие жизни. Анализ его содержания предполагает исследование многообразных форм, проявлений и закономерностей жизненных процессов. Особое внимание в связи с этим привлекает изучение телесности, ведь все виды жизнедеятельности осуществляются в телесной форме, через тело и с помощью тела. Это, разумеется, относится и к человеку, причем в этом случае тело, подвергаясь социализации, становится также основой осуществления специфически человеческих форм деятельности. Вместе с тем, телесная организация объединяет человека со всеми представителями живой природы, обеспечивает его включенность в биосферу. Поэтому анализ человеческой телесности является важным условием формирования биофилософского взгляда на мир, выработки нового понимания человека, в рамках которого акцентироваться будет уже не только материальная сторона его существования, но и то обстоятельство, что он является живым существом, обладает жизнью.

В истории философии исследование человеческой телесности осуществлялось на основе введения и анализа ряда оппозиций: тело человека и другие, в том числе живые, природные тела; тело и душа; телесная жизнь и телесная смерть. В наши дни обосновываются новые подходы: телесность человека рассматривается сквозь призму биологических и социальных факторов, родового и универсального бытия, родового и индивидуального существования [1]. В ходе таких исследований показано, что тело человека не может рассматриваться как всеобщий материальный субстрат, обеспечивающий его существование. Телесная организация, бесспорно, вписывает человека в мир природы, вместе с тем она приобретает специфические черты, благодаря которым включает его также и в социокультурную реальность. А вследствие того, что человек есть не только телесное, но и мыслящее существо, возникает вопрос о том, какую же роль играет психика в этом процессе телесного включения человека в мир, каково значение отражения в ней телесных процессов и состояний. Можно предположить, что коль скоро именно телесная организация является основой единства человека со всеми живыми существами, то формирование представлений о телесности и их осмысление под определенным углом зрения имеет немаловажное значение для становления такого мироощущения, которое позволит человеку ощутить свое родство с живой природой, почувствовать себя ее неотъемлемой частью. Однако, чтобы подтвердить это предположение, необходимо понять, каким образом человек воспринимает свою телесность, свое положение в соотношении с положением других людей, телесных объектов живой и неживой природы? Обращаем ли мы внимание на свое тело только в экстремальных ситуациях или же представления о нем всегда присутствуют в сознании? Какова степень отрефлексированности и однозначности

знания о собственном теле? Наконец, влияет ли процесс осмысления телесности на формирование самосознания и личностные черты, на становление миропонимания, в центре которого находятся представления о жизни и ее ценности?

В целях получения ответов на эти вопросы в данной работе ставится задача проведения анализа восприятия и осознания человеком собственной телесности, влияния этого процесса на жизнеприспособление человека и формирование его мироощущения.

В ходе предметной жизнедеятельности, накопления внутренних и внешних чувственных восприятий уже в раннем возрасте у человека формируется ощущение своего тела как особой живой целостности, отделенной от объектов внешнего мира. На этой основе осуществляется становление нереплексированных и невербализованных знаний о теле, о положении его частей и отчасти о физиологических состояниях организма. Такие знания выполняют важнейшие функции в процессах осуществления человеческой жизни и адаптации в мире:

- телесная организация является детерминантой становления пространственно–временного восприятия реальности, выработки умения определять собственное положение в пространственном континууме. В складывающуюся при этом схему мира включается схема тела, причем любые изменения этих схем скоординированы. Поэтому оказывается, что телесные, неявные знания определяют возможности ориентации человека в телесном мире;

- образование этих схем неразрывно связано с формированием навыков телесных действий, способности определять возможности своего оперирования с предметами. Такие представления оказывают значительное, хотя и неосознаваемое влияние на повседневную деятельность, на характер постановки практических задач и определение способов их решения;

- на основе сложного комплекса телесных ощущений и переживаний телесных состояний у человека формируется ощущение тождественности себя с собственным телом, или, пользуясь выражением Ф.Ницше, ощущение “Само”, которое “живет в теле” и “властвует над Я” [2, с. 24]. Это само-ощущение непосредственно связано с направленно-целым вниманием, с неосознаваемыми поведенческими предпочтениями человека. Решающее значение оно имеет иногда в определении способа поведения даже в весьма сложных социальных и психологических обстоятельствах, и в первую очередь в ситуациях на грани жизни и смерти, когда человек должен мгновенно принять решение, не имея времени для его обдумывания и взвешивания аргументов. Это ощущение играет существенную роль во всех случаях стремления человека к сохранению своей жизни, в том числе и при отказе от суицида— наконец, поскольку телесная организация задает каналы и нормы восприятия человеком мира и поведения в нем, неявные знания о теле приобретают важную роль в чувственной категоризации действительности, в осуществлении базовых смыслообразующих и смылосчитывающих операций и в этом отношении в ряде случаев определяют матрицы мышления.

Представляется, что именно в результате реализации этих функций неосознанных представлений о теле человек и оказывается способным ощутить себя полноправной и неотъемлемой частью живой природы и телесного мира в целом. Но какой же механизм лежит в основе формирования этого ощущения?

При поисках ответа важно иметь в виду, что в реальном бытии человека как, впрочем, и животных, тело выполняет двойственную функцию: оно одновременно включает человека в реальность, делает его однородным с ней и вместе с тем оказывается разделяющей их границей. Такая граница является не только пространственной и не только функциональной, но и сущностной, а применительно к человеку она обретает еще и субъективный аспект.

Понимая, что его тело занимает четко фиксированный объем, человек, однако, оказывается неуверенным в его границах: он видит пространственный мир перед собой, но не может увидеть себя окруженным этим пространством. Характерно, что ощущение четкости и пределов границ своего тела оказывается подверженным межличностным вариациям [4], а в индивидуальной жизни человека — изменяющимся, причем эти изменения коррелируют как с физиологическими состояниями организма, так и с особенностями жизненных ситуаций.

Можно предположить, что именно нестабильность ощущения границ тела, “перемещение” этих границ является одной из фундаментальных характеристик жизнепрживания человека, именно здесь заложен механизм, определяющий включение человека как в природную, так и в социокультурную реальность и, следовательно, здесь можно обнаружить психологические основы возможности практического и познавательного освоения мира. В самом деле, человек может совершать те или иные операции с предметами только противопоставив их себе как внешние объекты. А это, как показывает М.Полани, возможно благодаря тому, что такой объект оказывается в фокусе внимания и противопоставляется “периферическому осознанию тела, которое является фоном для сознания” [5, с. 96]. С другой стороны, когда человек начинает применять эти предметы в качестве “инструментов” орудий, сам механизм оперирования с ними становится столь же неосознаваемым, как и применение мускульных усилий, движение частей тела, иными словами, такие “инструменты” воспринимаются уже в качестве продолжения тела. Таким образом, в результате динамики ощущения границ тела оказывается психологически возможным и обособление предмета как самостоятельного объекта внешнего мира и орудийная деятельность с его использованием.

В гносеологическом плане эта проблема была исследована М.Мерло-Понти. Считая, что реальность дана человеку как мир видимого и одновременно как мир моторных проектов, он определял человеческое тело как “переплетение видения и движения”, а загадочность его усматривал в том, что оно есть одновременно и видимое, и видящее. Благодаря тому, что тело является видимым, оно включается в мировую ткань; поскольку же тело является видящим, оно отграничивается от мира. Наконец, на основе способностей к видению и движению, как считал М.Мерло-Понти, человеческое тело образует из вещей особую сферу вокруг себя, так что в известном смысле включает вещи в собственную плоть. Эта закономерность распространяется и на отношения между людьми: совместное освоение бытия оказывается возможным на основании того, что другие предстают как “захватывающие меня и захватываемой мной”, обретая “ассоциированные тела”. На основе этих рассуждений М.Мерло-Понти обосновал идею о формировании у человека особого свойства, отличающего его от всех других существ и собственно определяющего человеческую специфичность, а именно “телесного самосознания”, которое является таковым “не в силу прозрачности для себя, подобно прозрачности для себя мышления, но самосознания посредством смещения, перехода, это самосознание, погруженное в вещи” [6, с.

14]. Представляется, что такого рода “смещение”, “переход” означает, по сути дела, изменение ощущения границ тела, приобретающее, таким образом, важное значение не только в практической, но и в познавательной деятельности. Заметим также, что этот механизм действует и при формировании отношения человека к любым живым существам. Психологическое “перемещение” границ тела приводит к своеобразному отождествлению человеком себя с представителями живой природы, а значит, может способствовать становлению ощущения единства с ними, а далее и ощущения ценности жизни во всех ее формах. Такие ощущения частично эксплицируются и оказывают существенное воздействие на миропонимание в целом. В связи с этим возникает вопрос о формах и значении сознательного восприятия человеком собственного тела, телесной включенности в мир, телесного единства с живой природой. Традиционно считалось, что в сфере человеческого Я осознание телесности не занимает существенного места. Современные исследования, однако, заставляют изменить эту точку зрения, ставят задачу анализа “образа тела” как стороны “образа Я”, как элемента “Я–концепции”. В процессе формирования осознанного образа тела человек осмысливает свои телесные ощущения, представления о внешнем облике тела, его состоянии и тенденциях изменения. Однако для того, чтобы это стало возможным, он должен противопоставить себе как внешней объекту уже собственное тело, то есть опредметить его и как бы выйти за его границы, или, пользуясь выражением Х.Плеснера, от “бытия внутри собственной плоти” перейти к “бытию вне плоти”. Обладая способностью к рефлексии закономерный характер дистанцирования человека от самого себя и собственного тела (“бытие вне плоти”, разрыв границ телесности), а также то обстоятельство, что даже функционируя в качестве личности, социального субъекта, он одновременно живет как телесное существо, а значит, в рамках границ тела) обуславливают и возможность, и необходимость становления образа тела. Принципиальное значение для его формирования имеют как внутренние, так и внешние, надиндивидуальные факторы социального характера. Можно выделить несколько источников получения данных на основе которых осуществляется становление осознанных представлений о теле. Наряду с предметной жизнедеятельностью, телесными самоощущениями и чувственными, прежде всего визуальными, восприятиями, к их числу относятся:— переживание боли, болезни, угрозы смерти, придающие эмоциональную и ценностную окрашенность знаниям о телесности. На этой основе формируется также ощущение конечности и противопоставленности миру (который продолжает существовать и после смерти данного человека) и вместе с тем своего единства и родства с ним (ведь все живое смертно);— представления о строении тела, здоровье и болезни, функционирующие на уровне обыденного сознания, а также специально-научное, в первую очередь медицинское, знание. Важно отметить, что как в ходе получения устной информации, так и при изучении научных текстов могут — в большей или меньшей мере осознанно — усваиваться элементы лежащих в их основе принципов научной парадигмы, трактовок сущности жизни, интерпретаций развития живой природы;— существующие в культуре матрицы и эталоны телесности, идеалы телесного здоровья и красоты, представления о возможностях и пределах воздействия на тело. Они осваиваются в процессе приобщения человека к социальным нормам, обращения к произведениям литературы и изобразительного искусства. Человек воспринимает свое тело сквозь призму этих матриц и вместе с тем проецирует на них представления о себе. Поскольку же эволюция эталонов телесности отражает общие изменения, происходящие в материальной и духовной культуре, включая смену представлений о ценности

жизни, философских установок, мировоззренческих Абсолютов, господствующих в ту или иную эпоху, то в этом процессе осуществляется включение социальных и мировоззренческих компонент в знание о телесности;— межличностные контакты и коммуникации вербального и невербального характера. Ключевое значение для анализа их места в формировании образа тела имеют введенные М.М.Бахтиным понятия внутреннего тела как “момента самосознания”, переживаемой Я “совокупности внутренних органических ощущений, потребностей и желаний, объединенных вокруг внутреннего центра” [8, с. 48] и внешнего тела как пространственной формы, построенной взглядом другого. Внутреннее и внешнее тела принципиально не совпадают и по-разному ценностно нагружены.

Возможность осмысленного восприятия внешнего тела определяется специфическим развитием у человека экспрессивной функции телесности. Дело в том, что все телесные состояния переживаются человеком в качестве герменевтических явлений, причем фактом переживания они становятся не только через восприятие и интерпретацию, но и путем адресования другому. Тем самым они приобретают смысл и значение культурных символов, в совокупности образующих язык тела — особое средство самовыражения и, значит, коммуникации. В процессе самопознания человек стремится к формированию своего образа тела, который объединил бы внутреннее и внешнее тела, а для этого необходимо расширять для себя язык собственного тела и, кроме того, взглянуть на себя со стороны, глазами другого. Это значит не просто оказаться в состоянии “бытия вне плоти”, но, условно говоря, в состоянии “бытия в плоти другого”. А это значит, что в сознании сосуществуют “образ моего тела для меня” и “образ моего тела для другого”, причем человек неосознанно стремится завуалировать первый из них, кажущийся ему более объективным, и максимально приблизить к общепринятым стандартам второй.

Эти образы удовлетворяют познавательный и эстетический интересы человека к своему телу, ибо состояние его важно для каждого индивида, во-первых, с точки зрения здоровья, обеспечивающего возможность многообразных форм деятельности, хорошее самочувствие и высокую продолжительность жизни; во-вторых, с точки зрения красоты (здесь особенно важны восприятия и оценка тела другими людьми). Поскольку же “Я” обращается к разным “другим”, каждый из которых воспринимает “тело Я” по-своему, возможным становится формирование многочисленных образов одного и того же тела.

Всё это не исключает, конечно, формирования целостного, хотя и изменяющегося в ходе человеческой жизни “образа моего тела для меня”, который занимает важное место в структуре самосознания. Его полнота и особенности воздействуют на поведение человека и в определенных случаях могут делать его адекватным или неадекватным ситуации. Поэтому любые телесные изменения (связанные, например, со старением или являющиеся результатом хирургического вмешательства) имеют огромное психологическое значение и опосредованно влияют на ценностные установки и все мироощущение человека.

Это обусловлено тем, что образ тела имеет важное значение для реализации фундаментальных диалектически противоречивых потребностей человека. С одной стороны, он является основой самоидентификации, причем в силу социокультурной нагруженности образа тела человек может идентифицировать себя не только в качестве данного телесного существа, но и в качестве элемента некоей

общности — народа, человечества, а также живой природы. Поэтому в таком процессе у него рождается ощущение своего единства со всем живущим, последнее обретает статус особой ценности.

С другой стороны, этот же образ играет существенную роль в обретении человеком “независимости”, “свободы” по отношению к своему телесному состоянию. Особенно ярко это проявляется в период тяжелых, в том числе неизлечимых, болезней. Сталкиваясь с ними как с особой неизбежностью, человек вынужден осмыслить это обстоятельство, принять решение о своем поведении в новой ситуации. Практически реализуя это решение, он и обретает такого рода свободу. В менее драматичных ситуациях наличие все в расчетании с негативной оценкой образа тела может стимулировать стремление человека улучшить, усовершенствовать свой облик. Если же учесть, что эта свобода, независимость распространяется и на восприятие человеком себя как части живой природы, можно предположить, что здесь же находятся истоки формирования отношения к ней (сохранение, восстановление или преобразование).

Итак, можно выделить два взаимосвязанных и взаимодействующих уровня восприятия человеком своего тела — комплекс неосознаваемых переживаний телесных состояний (“телесное самосознание” или “телесное самоощущение”) и осознанные представления об устройстве, состоянии, наружности и положении тела (“образ моего тела для меня”). Представления первого уровня формируются в процессе предметной жизнедеятельности, а их психологической основой является динамика ощущения границ тела. Благодаря им человек обретает способность выделения самого себя из природной и социальной реальности и вместе с тем единения с ней, что обеспечивает возможность практических действий и познавательных операций. В формировании же представлений второго уровня особое значение приобретают общекультурные эталоны телесности и межличностные коммуникации. Становление осознанного образа тела осуществляется в процессе опредмечивания человеком собственной телесности, тем самым психологически границы тела разрываются. Знания о теле всегда представлены в сознании, однако они имеют принципиально неоднозначный характер. Эти знания играют существенную роль в удовлетворении важнейших потребностей человека, а значит и в определении жизненной позиции. Вследствие этого они оказывают существенное влияние на личностные черты и поведение человека, на восприятие им своего места в живой природе, на формирование отношения к ней.

Если телесная организация человека сама по себе обеспечивает его биологическую жизнедеятельность, то специфическое восприятие своего тела делает возможным проживание им собственной жизни как собственно человеческого существа. Поэтому изучение телесности является важнейшим условием выявления закономерностей и особенностей существования человека в мире, его общности с живой природой и отличий от других ее представителей. А это значит, что на таком пути открывается возможность становления и обоснования биофилософского подхода к человеку, причем понятие телесности, наряду с понятием жизни, должно занять в нем одно из центральных мест.

Рекомендуемая литература

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. — СПб., 2000.
2. Ялом, И. Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы / И. Ялом // М.: Изд-во «Класс», 2012. — 726 с.

ТЕМА 7 КОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМЕ

Семинарское занятие №1 Когнитивный подход к психосоматической проблеме

Цель: ознакомление с основными приемами психотерапевтической работы с психосоматическими расстройствами, основанной на когнитивном подходе..

Материалы:

Тексты первоисточников с описанием стратегии психотерапевтической работы, основанной на экзистенциально-феноменологическом подходе к психосоматической проблеме.

http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Psihol/thost/01.php

Форма работы:

- Фиксация основных приемов когнитивной психотерапии психосоматических расстройств.

Рекомендуемая литература:

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб., 2000.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994.
3. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1987.
4. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Юматова. – Ростов-на-Дону, 2003.
5. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2003.

ТЕМА 8 НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: ВИДЫ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ

Семинарское занятие №1 когнитивный подход к психосоматической проблеме

Цель: ознакомление с психологическими механизмами нарушений пищевого поведения.

Вопросы для обсуждения:

- Психодинамическая интерпретация нарушений пищевого поведения.
- Социально-психологические факторы как причина возникновения нарушений пищевого поведения.
- Нарушения пищевого поведения как проблема контроля над телом.
- Нарушения пищевого поведения как нарушение образа тела.
- Дистморфофобии: психологическая характеристика синдрома.

Рекомендуемая литература:

6. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб., 2000.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994.
8. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1987.
9. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Юматова. – Ростов-на-Дону, 2003.
10. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2003.

РАЗДЕЛ 3 ПАТОПСИХОЛОГИЯ

ТЕМА 2 ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Семинарское занятие №1 Принципы построения патопсихологического исследования

Цель: ознакомление с основными принципами и этапами организации патопсихологического исследования.

Вопросы для обсуждения:

- Предмет патопсихологии, разграничение психопатологии и патопсихологии;
- Качественные и количественные методы исследования в психологии;
- Принципы построения патопсихологического эксперимента;
- Задачи патопсихологического исследования;
- Этапы патопсихологического исследования: формулировка клинической задачи и ознакомление с материалами истории болезни;
- Этапы патопсихологического исследования: клиническая беседа;
- Этапы патопсихологического исследования: собственно эксперимент;
- Этапы патопсихологического исследования: подготовка заключения.

Рекомендуемая литература:

1. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – М., 2002.
2. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2004.
3. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский [и др.]. – СПб., 2005.

ТЕМА 3 ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ЛИЧНОСТИ

Семинарское занятие №1 Патопсихологическая характеристика нарушений личности

Цель: анализ патопсихологических механизмов нарушений личности

Оборудование: истории болезни, психологические характеристики больных с различными вариантами нарушений личности.

Задание:

Соотнести биографические факты (история болезни) с психологической феноменологией, Подготовить заключение по материалам истории болезни и протоколам психологического обследования.

Текст №9 (по Б.В. Зейгарник)

Больной Г., 1924 г. рождения, диагноз: хронический алкоголизм с деградацией личности (доктор Г. М. Энтин).

В детстве рос и развивался нормально. Был сообразительным ребенком, любил читать. В школе — с 8 лет, учился отлично. По характеру — общительный, жизнерадостный. Участвуя в школе, одновременно занимался в студии самодеятельности при Доме пионеров. Выступал в клубах, на школьных вечерах. С 1943 г. служил в армии. Серьезных ранений и контузий не имел. После войны Г. становится актером гастрольного драматического театра. Исполняя заглавные роли, пользовался успехом у зрителей. Потом перешел в областную филармонию на должность актера-чтеца. Больной имел много друзей, был "душой компании". Женат с 1948 г., детей нет.

Алкоголь употребляет с 1945 г. Сначала пил редко, по праздникам, в компании. С 1951 г. стал пить чаще. Изменяется характер: Г. делается раздражительным, придирчивым к окружающим, прежде всего к родным, циничным, грубым. В 1952 г. от больного уходит жена из-за злоупотребления им алкоголем. Вскоре он женился вторично.

Меняется отношение к работе. Если раньше, по словам Г., каждый концерт "был праздником", то теперь является на концерт в нетрезвом состоянии. Получил за это строгий выговор с предупреждением.

Изменился и характер выпивки. Больной отошел от прежних друзей, в большинстве случаев пьет один. Пропивает всю зарплату, не дает денег семье, наоборот, берет у жены деньги "на опохмеление". Летом 1952 г. пропил свою квартиру.

В 1958 г. по совету жены обратился к психиатру с просьбой полечить его от алкоголя. Но, не дожидаясь начала лечения, запил. По настоянию жены вторично обратился к психиатру и был направлен в больницу им. П. Б. Ганнушкина. На приеме больной откровенно рассказывает о себе, просит помочь. Подавлен обстановкой отделения, настаивает на скорой выписке, обещает бросить пить.

После выхода из больницы Г. увольняется из областной филармонии, получает направление на работу в другую. Но туда больной не поехал — запил. Дома устраивал скандалы, требовал денег на водку. Пропил мать жены и ее матери. Для прерывания запоя стационарировался повторно в больницу им. П. Б. Ганнушкина. На этот раз у Г. нет полной критики к своему состоянию — обвиняет в своем пьянстве жену, обстоятельства.

После выписки Г. сменил профессию — стал шофером. Вскоре начал употреблять алкоголь. В 1954 г. от Г. уходит вторая жена — он остался один. В состоянии опьянения появились устрашающие галлюцинации, испытывал страхи. С этой симптоматикой был вновь направлен в 1955 г. в психиатрическую больницу им. П. Б.

Ганнушкина. В отделении ничем не занят. Круг интересов сужен, не читает газет, не слушает радио. Понимает вред алкоголизма, но находит "объективные" причины каждому запое.

После выхода из больницы Г. опять запил. Поступления в больницу учащаются. Всего за период с 1951 по 1963 г. он поступал в больницу 39 раз, каждые 2-3 месяца.

С трудом устраивается на работу грузчиком, откуда его увольняют за пьянство. Живет один, в антисанитарном состоянии, на кровати нет даже постельного белья. Больного никто не посещает, друзей нет. Во время запоя пропивает с себя вещи. В 1958 г. пропил одежду, которую на свои деньги купил для него районный психиатр. В состоянии опьянения циничен, агрессивен, устраивает скандалы на улице.

Пребыванием в больнице не тяготится. Требует к себе уважения, самооценка завышена: считает, что имеет актерский талант, что он незаурядный человек. Груб с персоналом больницы, с лечащим врачом держится без чувства дистанции. В отделения ничем не интересуется, общается избирательно, предпочитая группу больных — алкоголиков и психопатов. При последнем поступлении в 1963 г. разлагающе влияет на других больных, убеждает их сразу же после выписки начать пить водку, настроен против персонала.

Приведенные данные показывают, как происходило изменение личностной сферы больного. До болезни — это активный человек художественного склада, живой, общительный. Еще в школе он занимался художественной самодеятельностью, а после войны стал артистом, пользуется успехом у зрителей, имеет много друзей.

В результате пьянства меркнут эти интересы. Работа актера перестает "быть праздником", становится лишь обязанностью, больной отходит от друзей, семьи. Изменяются и характерологические черты больного: делается раздражительным, придирчивым к окружающим, прежде всего к родным, циничным, грубым.

Перестает следить за собой. Если раньше любил хорошо одеваться, быть в компании друзей, то теперь неряшлив, пьет один. Меняется и объективная жизненная позиция больного. В прошлом актер, теперь Г. с трудом устраивается на работу грузчиком, всякий раз его увольняют за пьянство. Иным становится моральный облик больного. Чтобы добыть деньги на водку, он крадет платья жены, пропивает одежду.

За годы болезни изменяется и поведение Г. в больнице. Если при первых поступлениях он удручен своим состоянием, критичен к себе, просит помочь, то в дальнейшем критика становится частичной, наконец, полностью исчезает. Больной не тяготится частым пребыванием в психиатрической больнице, в отделении ничем не интересуется, груб с персоналом, самодоволен, отговаривает других больных от лечения.

Для иллюстрации приводим краткую выписку из истории болезни больной Лены Т., 1957 г. рождения (история болезни представлена М. А. Каревой), поступила в больницу им З. П. Соловьева 27/III 1974 г., выписана — 30/IV 1974 г. Учится в 10-м классе. Наследственность неотягощена. В дошкольном возрасте перенесла детские инфекции. Была способной, общительной девочкой, читать начала с 5 лет. В школе до 5-го класса была отличницей. Много времени отдавала учебе. Занималась общественной работой. Настроение было всегда радостным. В подростковом возрасте стала интересоваться своей внешностью, огорчалась, что она полная. С восхищением рассказывала об одной из своих учительниц, "стройной женщине", которая указывала

девочкам, что надо следить за собой, быть всегда подтянутой, подчеркивала значимость внешнего вида для женщины. Лена стремилась подражать во всем этой учительнице, стать на нее "похожей".

Весной 1973 г. после просмотра французского фильма, в котором играла "красивая актриса с тонкой фигурой", многие одноклассницы Лены стали себя ограничивать в еде, чтобы стать "такими же изящными, как киноактриса". Больная тоже включилась в эту деятельность похудения, стала себя резко ограничивать в еде (весила 54 кг при росте 161 см). Стала исключать из рациона хлеб, сладкое, уменьшила общее количество пищи, стала после еды делать упражнения "для живота". Похудела на 6 кг, чем вызвала беспокойство родителей. Осенью пошла в школу. Учебе уделяла все свободное время. Одноклассники заметили, что девочка похудела. Восхищались ее силой воли. Никто из них не смог долго ограничивать себя в еде. Девочки подходили к Лене, советовались, спрашивали о диете, ей это очень нравилось.

С этого времени (август-сентябрь 1973 г.) стала еще больше ограничивать себя в еде, совсем не употребляла хлеба. За столом была очень напряжена. Когда ее уговаривали есть, делала вид, что ест, при этом выбрасывала и прятала продукты.

С ноября похудела на 10 кг (вес 38 кг), прекратились менструации, появилась апатия, раздражительность. Жаловалась, что стало трудно понимать объяснения учителя, утомлялась на занятиях. Одноклассники удивлялись, как она в таком состоянии может учиться. Тем не менее продолжала ограничивать себя в еде. Гордилась своей "силой воли": "Доктор, вы не представляете себе не можете, что это такое, когда бабушка приносит свежую булочку, посыпанную сахарной пудрой, и умоляет ее съесть, а я не ем!" Начались конфликты с родителями по поводу еды, в ответ на просьбы близких поесть могла резко ответить, нагрубить. Слезы матери, уговоры не помогали. Тщательно скрывая причину, уверяла, что нет аппетита. Гораздо позднее в больнице призналась, что есть хотела всегда, что "аппетит был очень сильный, но не ела, так как боялась, что не выдержит и съест много и опять станет толнеть".

В это время появился интерес к приготовлению пищи. Стала выбирать посуду, завела для себя специальные тарелочки, вилочки, ножи, ложки, любила ходить за продуктами на рынок.

С января 1974 г. началось лечение у психиатра, сначала амбулаторно, а затем в больнице. Вес при поступлении был 35 кг. Уверяла врача, что она не только здорова, но и вполне счастлива: "Я добилаь всего, что хотела". При попытках персонала накормить больная грубила, делала вид, что ест, но выбрасывала пищу, вызвала рвоту после еды.

Была переведена в больницу им. З. П. Соловьева. Физическое состояние: рост 161 см, вес 38,5 кг, подкожно-жировой слой почти отсутствует, кожные покровы бледные. Внутренние органы без патологии. Неврологическое состояние: тремор пальцев рук, сухожильные рефлексы оживлены. Психическое состояние: при поступлении жаловалась на слабость, апатию, повышенную утомляемость, раздражительность. Была возмущена тем, что переведена в больницу им. З. П. Соловьева, настаивала на выписке. О своем состоянии говорила неохотно, уверяла, что почти выздоровела. В доказательство приводила прибавку в весе на 3 кг.

После длительного медикаментозного лечения стала лучше есть. Выписана при весе 50 кг.

Через 2 недели после выписки поправилась до 56,5 кг. Начал тревожить "избыток веса", стала опять ограничивать себя в еде, боялась "стать жирной".

С больной было проведено экспериментально– психологическое исследование. К факту обследования отнеслась спокойно. Стараются как можно лучше узнать инструкции, помощь экспериментатора принимает, хорошо использует. Ошибки исправляет сама или с направляющей помощью, оправдывается при этом. Задания старается выполнить как можно лучше.

Нарушений познавательной сферы не выявлено, память, мышление соответствуют возрастному и образовательному уровням. Отмечается утомляемость и затрудненность переключения внимания.

Самооценка больной отражает ее состояние. Здоровье свое она оценивает так: "когда весила 35 кг, была больная, не могла от своего отказаться, сейчас я — среди весьма здоровых". Свой характер считает хорошим, гордится им: "Я усидчивая, хорошо схожусь с людьми". При исследовании методом ТАТ темы еды, похудения отсутствуют, отмечается тема конфликта в семье и в любви.

Рекомендуемая литература

1. Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М., 1988.
2. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Бокс. – М., 2002.
3. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2004.

ТЕМА 4 ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ И САМОСОЗНАНИЯ

Семинарское занятие №1 Патопсихологическая характеристика нарушений сознания и самосознания

Цель: анализ патопсихологических механизмов нарушений сознания и самосознания.

Оборудование:

- Примеры оглушенного состояния сознания, онейроидного, делириозного, сумеречного, псевдодеменции (описание клинических случаев, истории болезни).
- Аудиозапись больной с псевдодеменцией <http://raptus.ru/wp-content/uploads/2008/03/psevdodementia.mp3>
- Эпизод фильма «Trainspotting» («На игле»), демонстрирующий оглушенное состояние сознания, делириозное состояние сознания, вызванное синдромом отмены наркотических препаратов.

Вопросы для обсуждения

1. Понятие сознания в психологии и психиатрии (в чем разница, суть психолого-психиатрической дискуссии в главе из книги Первوماйского Б.В. «Взаимосвязь медицинского и психологических критериев при вменяемости и невменяемости»).
2. Критерии нарушенного сознания (по К. Ясперсу).

Задание:

Определить, с каким вариантом нарушенного сознания мы имеем дело (примеры нарушенного сознания)

Форма контроля:

Письменные ответы студентов

Текст №10

<http://www.psychiatry.ua/books/insanity/paper10.htm>

Текст №11

ПРИМЕРЫ ДЕЛИРИЯ

Клиническое наблюдение. Испытуемый Л., 35 лет. Раннее развитие своевременное по характеру формировался легко возбудимым, раздражительным, вспыльчивым. Окончил 8 классов общеобразовательной школы, курсы шоферов, работал по специальности на различных предприятиях. Примерно с 20-летнего возраста стал в компании приятелей систематически употреблять спиртные напитки. Вскоре заметил, что, если раньше после употребления небольшого количества спиртного мог остановиться, то теперь испытывает потребность «добавить». Уже через год мог за вечер выпить более 1,5 литров водки. При этом на следующий день не мог вспомнить многих событий, имевших место во время употребления спиртного. На следующий день после употребления спиртного испытывал головные боли, тошноту, появлялся тремор конечностей, чувство внутреннего дискомфорта, потребность в опохмелении. Стал пить без перерыва по два-три дня. Выпивал на работе, в связи с чем возникали конфликты с начальством, был вынужден менять место работы. Однако на следующей работе долго не удерживался, так как появлялся там в нетрезвом виде. Несколько раз лечился в наркологических больницах, однако обычно через месяц-два после выписки возобновлял употребление алкоголя. В возрасте 32 лет после очередного увольнения с работы пил ежедневно по 1,0-1,5 литра водки. Через три недели систематического пьянства прекратил употребление алкоголя, решил устраиваться на работу. В течение двух последующих дней был раздражительным, конфликтовал с отцом и матерью, появилось чувство смутной тревоги, в период бодрости не мог уснуть. На третий день после прекращения пьянства, когда долго лежал без сна в кровати, из комнаты, где спал отец, услышал звериное рычание и органную музыку. Возникло чувство страха, испугался за отца и пошел проверить в соседнюю комнату, что там происходит. По дороге увидел, что вокруг опутался «желтый туман». Когда вошел в комнату отца, увидел «больших зверей с кошачьими мордами», которых становилось все больше и больше. Стены комнаты стали расплывчатыми, пол под ногами – вязким. Показалось, что звери пытаются броситься на него, стал отгонять их руками, кричал на них, оборонялся от них палкой. Внезапно звери исчезли, и в желтом тумане появились красные мерцающие вспышки, «как телевизионная сетка», на потолке видел причудливые узоры. Испытал ощущение жутости. В ужасе убежал из квартиры, звал на помощь отца. Вызванные соседями сотрудники милиции обнаружили Л. в его комнате, он сидел в углу с ножом в руке, окровавленный, на лице было выражение ужаса, страха. В соседней комнате был обнаружен на кровати труп отца испытуемого с множественными ножевыми ранениями в области груди и живота. Л. был помещен в ИВС, где в течение двух дней слышал музыку, но внимания на нее не обращал. Ему было предъявлено обвинение в убийстве отца.

При обследовании в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского какой-либо патологии со стороны внутренних органов и очаговой неврологической симптоматики выявлено не было. Психическое состояние: настроение соответственно ситуации снижено, держится несколько скованно, выражение лица угрюмое. Интересы к беседе не проявляет, формально сообщает о себе сведения, испытывает затруднение в датировании некоторых дат своей жизни. При расспросах об инкриминируемом ему деянии возбуждается, раздражается, голос становится громким, речь сбивчивой, движения резкими. Лицо краснеет, появляются капельки пота на лбу. Говорит, что всегда относился к отцу с уважением и любовью, не говорит, что мог его убить, в то же время соглашается, что кроме него это сделать было некому. Сбивчиво рассказывает о наблюдавшихся у него в тот период болезненных переживаниях, считает, что их возникновение было связано с длительным пьянством. В настоящий момент обманы восприятия отрицает. Судебно-психиатрической экспертной комиссией было дано заключение, что Л. страдает хроническим алкоголизмом 2-й стадии, в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, у него обнаруживались признаки временного психического расстройства в форме острого алкогольного делирия, в отношении содержания было рекомендовано считать его невменяемым и направить на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа.

Клинический пример: Девочка 12 лет, заболела инфекционным мононуклеозом. В течение 2 дней температура поднимается до 40 градусов. Отмечается беспокойство в пределах постели. Боится ковра, на котором видит дракона, который превращается в множество мелких динозавров», считает, что «занавеска на окне живая», разговаривает с невидимыми подушками, которые принесли домашнее задание», уверяет, что завтра должна сдавать экзамен. На фоне нарастающей тревоги и страха совершаются стереотипные поправляющие движения пальцами босых ног, глаза широко и удивленно раскрыты, выражена вегетативная реакция. Максимум переживания отмечается в вечернее и ночное время. Замечает, что комната стала большой, но потолок опускается, беспокоит яркий свет.

ПРИМЕРЫ ОНЕЙРОИДА

8 марта, неожиданно для всех зашедших его, обрил голову наголо - объяснял тем, что эти поступком «сделал женщинам подарок» Внутренне в тот период ощущал себя вороном, думал «Лучше один раз выпить живой крови, чем всю жизнь питаться падалью». Станным казалось наличие волос на теле « Это признак животного, у человека их вообще не должно быть».

Рассказывал, что из животных ему ближе всех волк Готовил пищу отдельно от матери, рассуждая так. «Если бы волк, самод, то и пищу должен добывать сам, иначе слюна «волчицы» окажет пагубное влияние на его мужские способности» Незадолго до госпитализации приютил бездомного пса. Проникся его состоянием. Казалось, что понимает мысли животного, захотелось обменяться с ним телом. Решил съесть его, чтобы душа пса перешла в его тело Пес был кастрирован, поэтому и себя решил кастрировать. Перетянул ниткой мошонку, чтобы «сперматозоиды-змеи не проникли в мозг». Разносил пищу соседям с просьбой помянуть отца, в чем-то каялся Заявлял, что должен умереть, так как умер его отец. Перестал разговаривать, опасаясь, что «змеиный дух выйдет изо рта наружу и отравит атмосферу». При появлении медиков бросился лизать им ноги, стоя на четвереньках, скулил по-собачьи. Доставлен в больницу 07 05 1992 одетым в зимнее пальто отца, женский

платок, под которым — крышка от кастрюли. Вместо ответов жестикулирует, молится. Поза на корточках. Выполняет инструкции в замедленном темпе.

Психический статус (спустя сутки) доступен контакту. Сидит в боковой позиции, на собеседника не смотрит. Заявляет, что «надо спасать мир от змей». Слышит «голос», сообщающий о смерти брата и преследовании мафии. Подражание собаке мотивирует глубоким проникновением в «душу животного» сам как бы почувствовал себя собакой. Онейроидные видения воспроизводит неполно «инопланетяне стерли из памяти самую важную информацию о космосе». Помнит, что оказался на загробном суде. Решалась его участь — грешник он или праведник. Отвечал на вопросы, пока не доказал, что он не только грешник, но и праведник. Ему, бегло показали сотворение Земли. Узнал, что человек живет 12 жизней. В сумме надо прожить 666 лет, чтобы достичь праведности. Он и его семья уже приблизились к этому сроку. Мышление с речевыми и паралогикой.

Соматоневрологический статус и данные лабораторных исследований - без отклонений от нормы.

В отделении слышит «голоса» отца и брата, которые дают советы, предостерегают. Интересуется у врача, что будет с его душой в случае самоубийства. Спустя 2 мес галлюцинационно-обедня симптоматика в основном редуцировалась. Пережитое рационализирует по-своему «Прежде чем высидеть, надо упасть в грязь». Убежден, что был похищен инопланетянами по вине цыган, но ни с чем не жалеет, поскольку внутренне обогатился - приобрел способность предвидеть события в отношении его семьи, в том числе покойный отец по своей сути собаки, а спровоцировавшая его сотрудница - змея. В будущей жизни хочет быть волком, потому что волк живет один. Разработал теорию превосходства мужчин над женщинами исходя из того, что у мужчин два вида хромосом, а у женщин - один.

ПРИМЕРЫ СУМЕРЕЧНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЗНАНИЯ

Офицер корабля в день отпуска не бодрит ведет себя как обычно: гуляет, общается с людьми, разговаривает с ними, настроение у него ровное. Но через некоторое время окружающим бросается в глаза, что он становится более молчаливым, сосредоточенным, напряженным, взгляд отсутствующим. Тем не менее поведение его остается правильным: он приводит себя в порядок, бреется, садится в шлюпку, приезжает на берег, но там отдаленно от товарищей, что ранее ему не было свойственно. Он отстает от товарищей и исчезает. В дальнейшем, уже по данным свидетелей, выясняется, что он бродит по городу, его видят то в одном конце, то в другом. Далее, он проникает в дом отдыха (это было в приморском городе), там прячется по закоулкам и вдруг нападает на одного из отдыхающих и убивает его. Его задерживают, доставляют в милицию. Там он очень последовательно сообщает о себе, называет фамилию, возраст путает, быстро погружается в глубокий сон. Проснувшись, ничего не помнит о случившемся.

Описывается больная, которая в аналогичном состоянии убила своего ребенка, разрешила живот, вытащила весь кишечник и развесила его в виде белья на веревках. Затем внезапно пришла в себя, с ужасом увидела, что ее ребенок убит и изуродован. Она ничего не помнила и не была в состоянии представить, что это могла сделать она.

ПРИМЕРЫ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ

Больная III, 25 лет, замужем, домашняя хозяйка. Находилась в клинике более трех месяцев. Анамнез; наследственно здорова, росла крепкой, здоровой, окончила семилетку и ФЗУ, три года работала сортировщицей. По характеру замкнутая, легко ранимая, нетерпеливая. Менструация с 13 лет, нормальная. Замужество в 21 год. В анамнезе комплекс сексуального характера: любя одного, на «зло ему» вышла замуж за другого. Мужа не любит, но имеет от него детей, к которым очень привязана. Через три месяца после родов в период лактации внезапно почувствовала жжение в позвоночнике, голову «застлало туманом» — казалось, что теряет зрение, все окружающее воспринимает неясно, отдаленно, как в тумане. Появились тревога и страх; неоднократно убегала совершенно раздетой из квартиры к своей сестре, в состоянии отчаяния кусала пальцы, билась головой о стену. Временами больная кричала, что ослепла и ничего не видит вокруг, не узнавала окружающих, даже своего ребенка, это состояние длилось по нескольку часов. После применения рентгенотерапии приступы стали реже и кратковременнее. Пыталась заняться домашним хозяйством, но не могла, чувствовала себя беспомощной; «я, например, вижу на кухне мясо и другие продукты, понимаю, что это такое, но для чего они, и что с ними надо делать, я как будто не знаю». Потеряла чувство любви, привязанности — не испытывала прежней любви к детям и от этого очень страдала. «Сознание есть, о чувствах нет», — говорит больная. Люди казались неодушевленными. Потеряла меру времени, меру насыщения пищей, не знала, сколько надо съесть, голос казался чужим. Плохо понимала ощущение своего тела, глядя в зеркало, видела свое изображение, но не чувствовала своего «я». Казалось, что свет куда-то провалился, и кругом пустота. Появился страх смерти, мысль о гибели самой и гибели всего окружающего. Плохо спала, стала уединяться. С этими жалобами она поступила в клинику. В клинике: больная хорошего питания, органических нарушений со стороны нервной системы нет. Ряд психастенических переживаний, кажется, что больная опухолью мозга, неизлечима, просто врачам помочь ей, спасти ее для детей. Резко выраженная деперсонализация и изменение реальности окружающего. Не чувствует своего тела, своего голоса, своего «я». Однажды, чтобы проверить себя, со всей силы ударилась головой, но «себя не почувствовала». Потеряла чувство любви и привязанности к детям, меру времени. «Я знаю, что от первого до десятого будет 10 дней, но представить себе эту длительность времени не могу», — говорит больная. Утратила ощущение насыщения пищей. Окружающий мир изменился, стал далеким, чужим, неясным, видела все как бы сквозь туман. Люди казались неодушевленными. Периодически эти явления усиливались. Больная депрессивна, подавлена, угнетена. Временами отмечала навязчивость (непреодолимое желание крикнуть) и явления «анестезии долороза». Во время свидания больная брала на руки своих детей и в отчаянии восклицала «я ведь знаю, что это мои дети, но почему, почему же я их не чувствую». В клинике после лечения гипнозом и малыми дозами инсулина больная соматически окрепла, явления ирреальности и деперсонализации после сеансов гипнотерапии исчезли на несколько часов, а затем исчезли окончательно. Выписана в хорошем состоянии. Через год больная прибыла в клинику с жалобами на вновь возникающие, хотя и в слабой форме, явления отчуждения и страха перед возможным обострением состояния. У больной была беременность (2 месяца). После прерывания беременности эти болезненные явления исчезли. В данном случае заболевание возникает через 3 месяца после родов, в период лактации. Возникает типичный синдром отчуждения, внезапно в интенсивной форме. Наблюдалась картина полного отчуждения с явлениями раптуса и сноподобной оглушенности. Нарушения переживания времени.

«Анестезия долороза». Длительное лечение инсулином в малых дозах и гипнотерапия дали положительный результат. Любопытно, что через год больная во время беременности (2 месяца) вновь жаловалась на состояние отчуждения в слабой форме и страха перед возможным обострением состояния. Нами клинически наблюдалась после гриппозной и др. инфекций длительная астенизация личности с признаками психического отчуждения, сенестопатии и вегето-эндокринными нарушениями.

Рекомендуемая литература:

1. Антонян, Ю. М. Криминальная патопсихология / Ю. М. Антонян, В. К. Гульдан. – М., 1995.
2. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – М., 2002.
3. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2001.
4. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия: в 2 т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. – М., 1994.
5. Кемпинский, А. Психология шизофрении / А. Кемпинский. – СПб., 1998.
6. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский [и др.]. – СПб., 2005.
7. Кожуховская, И. И. Нарушение критичности у психически больных / И. И. Кожуховская. – М., 1985.
8. Хрестоматия по суицидологии. – Киев, 1986.

ТЕМА 5 ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ВОСПРИЯТИЯ

Семинарское занятие №1 Патопсихологическая характеристика нарушений восприятия

Цель: анализ патопсихологических механизмов нарушений сознания и самосознания.

Оборудование:

- Примеры нарушений восприятия (описание клинических случаев, истории болезни).

Задание

Прочитать и соотнести предоставленные примеры с конкретной разновидностью нарушений восприятия. Фиксация результатов в письменном виде.

Форма контроля:

Письменные ответы студентов

Текст №12

Агнозия (из О.Сакс «Человек, который принял свою жену за шляпу»)

По дороге к П. я зашел в цветочный магазин и купил себе в петлицу роскошную красную розу. Теперь я вынул ее и протянул ему. Он взял розу, как берет образцы ботаник или морфолог, а не как человек, которому подают цветок

- Примерно шесть дюймов длиной, - прокомментировал он. - Изогнутая красная форма с зеленым линейным придатком.

- Верно, - сказал я ободряюще, - и как вы думаете, что это?

- Трудно сказать... - П. выглядел озадаченным. - Тут нет простых симметрий, как у правильных многогранников, хотя, возможно, симметрия этого объекта - более высокого уровня... Это может быть растением или цветком.

- Может быть? - осведомился я.

- Может быть, - подтвердил он.

- А вы понюхайте, - предложил я, и это опять его озадачило, как если бы я попросил его понюхать симметрию высокого уровня.

Из вежливости он все же решился последовать моему совету, поднес объект к носу - и мгновенно ожил.

- Великолепно! - воскликнул он. - Ранняя роза. Божественный аромат! - И тут же запел 'Die Rose, die Lillie...'

Реальность, подумал я, доступна не только зрению, но и нюху

Я решил провести еще один, последний эксперимент. Была ранняя весна, погода стояла холодная, и я пришел в пальто и перчатках, скинув их при входе на диван. Взяв одну из перчаток, я показал ее П.

Что это?

- Позвольте взглянуть, - попросил П. и, взяв перчатку, стал изучать ее таким же образом, как раньше геометрические фигуры.

- Непрерывная, свернутая на себя поверхность, - заявил он наконец. - И вроде бы тут имеется, - он поколебался,

- пять... ну, словом... кармашков.

- Так, - подтвердил я. - Вы дали описание. А теперь скажите, что же это такое

- Что-то вроде мешочка...

- Правильно, - сказал я, - и что ж тут кладут

- Кладут все, что влезает! - рассмеялся П. - Есть множество вариантов. Это может быть, например, кошелек для мелочи, для монет пяти разных размеров. Не исключено также...

Я прервал этот бред:

- И что, не узнаете? Мне не кажется, что туда может поместиться какая-нибудь часть вашего тела?

Лицо его не озарилось ни малейшей искрой узнавания. Никакой ребенок не смог бы усмотреть и описать 'непрерывную, свернутую на себя поверхность', но даже младенец немедленно признал бы в ней знакомый, подходящий к руке предмет. П. же не признал - он не разглядел в перчатке ничего знакомого.

Галлюцинация

Болотной В., 37 лет, страдает острым алкогольным галлюцинозом, хроническим алкоголизмом II стадии. На приеме у врача сидит, низко опустив голову, не реагирует на окружающую обстановку. Временами к чему-то прислушивается, подозрительно оглядывается по сторонам. Неожиданно громко кричит: «Не хотел я этого, не виноват, судите меня!» Через некоторое время рассказывает: «Вчера во второй половине дня возвращался домой с работы. Шел через поле, на котором проводили мелиоративные работы. Вдруг услышал детский голос: «Дяденька, вытащи нас!» Осмотрелся вокруг, но никого не увидел. Собрался пойти дальше, как вновь

кто-то заговорил: «Дяденька, не бросай нас, откопай, мы под землей». Наклонился к земле и услышал, как в глубине мелиоративного канала под слоем снега и земли что-то шуршит. На фоне шума вроде бы двое детей переговариваются. Один говорит: «Он нам не поможет, он пьяница, плохой человек», а другой спорит с ним. «Я его знаю, он поможет, у него тоже дети есть». Пожалел я их. Быстро взял лопату, лом, решил пробить дыру в земле, чтобы они через нее вылезли. Дети обрадовались, смеются, песенку запели. Стал ломом землю долбить, вдруг слышу, как один ребенок заплакал: «Дяденька, ты меня ранил». Испугался я, что бил ребенка, побежал по шоссе, чтобы помощь ребенку оказали, да видно поздно пришел. Слышите мать ребенка за дверями стонет, причитает, меня убийцей называет, пьяницей. А ведь я не хотел убивать, я хотел помочь детям». Неожиданно прерывает разговор возгласом: «Когда, наконец, все это кончится?» Вздыхает, пытается уйти.

«Больная Г., 63 лет. Поступила в клинику 2-го Московского мединститута из соматической больницы 23 апреля 1943 года. Всегда была спокойная, общительная. Несколько месяцев плохо питалась, сильно ослабела, все время лежала. В марте 1943 года заболела рожей. После купирования воспалительных явлений развилась картина делирия с яркими галлюцинациями: видела, как по комнате шествовали звери, которые предлагали ей вкусные блюда. При поступлении в клинику, крайне истощена, очень слаба, ходит только с помощью. Кожа сухая, дряблая. На крестце намечаются пролежни. Гемоглобин 61%, РОЭ 14 мм. Недостаточно ориентируется в месте и времени. Эйфорична. Яркие зрительные галлюцинации: на зеркальной поверхности видит большой сочный кочан капусты, а над ним в воздухе порхают котлеты. Перед ней стоит маленький турок, такой, что может уместиться на ладони, он в пестрой куртке, яркой феске, он режет ломтиками ветчину и кладет ей в рот, кидает в рот также бутерброды, которые больше самого турка. Перед ней полнотелая спелая ржи, среди которой синие головки васильков, слышит пение жаворонка, видит его в голубом небе. Охотно рассказывает о своих галлюцинациях. На нее наехало метро, прямо на спинной мозг. Вагончики едут один за другим, проскакивают через голову, сами пролетают, а рамочки оставляют. В мозгу она чувствует металлические спирали: «Как по голове стукнут, спираль с визгом и воем, как сирены пролетает по всему мозгу». Говорит об этом как об ощущении. В голове стучат молоточки, машут спарь. Эйфорична, но часто плачет. Память прошлого сохранена. Затем галлюцинации уже не отмечались, появились особые фантазии. Начала представлять все, о чем ей говорят. Если спросит, не слышит ли она пение жаворонка, тут же соглашается. Часто находится в состоянии грез, полусна. В дальнейшем нарастание физической и психической слабости, резко снизилась память. Exitus — 4 июля 1943 года. На секции: алиментарная дистрофия. Резкое общее истощение и малокровие. Бурая атрофия печени и миокарда. Атрофия желудочно-кишечного тракта. Отек мягкой мозговой оболочки, артериосклеротический нефросклероз».

Псевдогаллюцинация

Больной К., 50 лет, в течение 10 лет страдает шизофренией. Внимание окружающих привлекли неадекватные поступки больного: пытался поджечь дом, выпил уксус, разбил телевизор. На приеме у врача держался спокойно, уверенно, даже несколько развязано. На вопрос, чем вызваны его поступки, ответил: «Голоса замучили, уже 10 лет сидят внутри головы и руководят мной. То прикажут вскрыть себе живот, то

выколоть глаза. Но я их не всегда слушаю; если бы слушал, то не сидел бы перед вами» Далее говорит, что разбил в доме телевизор потому, что голосам не понравилось, как «ехала в кино машина». Жаловался, что «голоса в голове против его воли заставляют кого-то ударить, что-то разбить». Больной в большинстве случаев голосам не подчиняется, к болезненным переживаниям относится с частичной критикой.

«Дальний родственник А. М., мальчик 12 лет, однажды вечером после молитвы, которая заканчивалась словами: «Да не будет одр сей ми в гроб», — улегся на свой «одр» и, приготовившись спать, закрыл глаза. Вдруг совершенно неожиданно он почувствовал, что перед его постелью кто-то стоит. Испугавшись, открыв глаза, он телесно никого не видит в комнате, слабо освещенной ночником, внутренним — видит, как при открытых, так и при закрытых глазах, при закрытых — резче, что в двух шагах от постели лицом к ней стоит, скрестив руки на груди, седовласый старец в черной рясе; А. М. в эту ночь «ясно», измученный душевно, лишь на рассвете, никак не мог отделаться от этого образа, хотя внешними своими очами ничего не видел. Проснувшись на другой день, А. М. почувствовал, что старец, будучи по-прежнему не видим телесно, все еще находится тут, оставаясь в прежней позе. «Это преподобный отец Макарий», — решил А. М. Он подумал: «Это явление мне обозначает, что я скоро должен умереть». Старец стоял затем в течение двух недель не отвязываясь от А. М. и «чуть не свел его с ума». А. М., боясь насмешек, никому об этом не сказал, но страдал сильно, особенно днем, так как присутствие в сознании этого «посредства» же насильственно вторгшегося туда и крепко там застрявшего зрительного образа тормозило его умственную деятельность. Смотря на то место, где стоял «отец Макарий», А. М. ничего, кроме реальных предметов, не видел, при этом внутренним, несокрушимым ощущением он чувствовал присутствие этого псевдогаллюцинаторного фантома, образ старика постоянно держался перед его внутренним зрением».

ТЕМА 6 ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ

Семинарское занятие №1. Патофизиологическая характеристика нарушений памяти

Цель: анализ патофизиологических механизмов нарушений памяти человека.

Оборудование:

- Примеры нарушений памяти (описание клинических случаев, истории болезни).

Задание

Прочитать и соотнести предоставленные примеры с конкретной разновидностью нарушений памяти. Фиксация результатов в письменном виде.

Форма контроля:

Письменные ответы студентов

Текст №13

Пример нарушения памяти (по Б.В. Зейгарник)

Больная З. А., 1905 г. рождения, диагноз: старческое слабоумие. Наследственность не отягощена. Окончила гимназию, работала секретарем-машинисткой, потом занималась домашним хозяйством. Была замужем. Детей не имела.

Последние восемь лет жалуется на боли в сердце, отекают ноги. В 1966 г. стационарировалась в соматическую больницу, диагноз: атеросклероз, нарушение водно– солевого и жирового обмена.

По словам соседей, с 1966 г. начала меняться по характеру: стала раздражительной, злобной. Пенсию тратила почти всю на сладости, которые раздавала знакомым. Себя полностью не обслуживала, ей помогала сестра. По ночам спала плохо, стучалась к соседу, говорила, что ей страшно, у нее воруют вещи через щелочку. Психиатром психоневрологического диспансера 25 февраля 1967 г. направлена в больницу им. И. П. Б. Ганнушкина.

В больнице первое время жалуется на преследование со стороны соседей, которые хотят у нее ключи от комнаты, телевизор, делают дырки в двери ножом, ругаются. Часто пишет жалобы в ведущий отделением на больных, которые якобы украли у нее много вещей: кастрюлю, шкаф, одежду, белье, обувь, посуду. Критика к своим высказываниям отсутствует, неряшлива, прожорлива. Остатки еды прячет в постели, возбуждается, плачет, когда эти остатки от нее отбирают. Пребыванием в больнице тяготится, просит о выписке. 12 ноября 1967 г. выписана на попечение сестры.

Через несколько месяцев состояние опять ухудшилось. Жаловалась, что соседи часто говорят о ней по телефону, ругают ее. В марте 1968 г. стала утверждать, что в соседней комнате по магнитофону и по радио называют ее фамилию, угрожают выселить из квартиры. Стала подозрительной, злобной, ночью не спала, ходила по квартире, зажигала свет, стучалась соседям в двери. 27 мая была вновь стационарирована в больницу им. И. П. Ганнушкина.

Психическое состояние. Ориентирована, в беседе участвует охотно, говорит тихим голосом. С удовольствием пишет ответы на бумаге. Крайне слаб душой. Первое время жалуется на преследование со стороны соседей. Рассказывает, что даже в больнице в первые дни слышала, как по радио говорили о ее выселении. Последнее время поведение в больнице упорядочилось. Бреда не высказывает, галлюцинации отрицает. Пребыванием в больнице не тяготится. Все свободное время сидит на излюбленном месте за столом у окна, никого туда не подпускает, очень сердится, если кто-то из больных занимает его. С врачом общается охотно, с больными не общается. В часы трудотерапии работает.

Протокол экспериментально– психологического исследования больной З. А. Из 10 слов больная воспроизводит 5,2,5,3,4 слова. При ускоренном воспроизведении — 3 слова. Содержание несложного задания передать не может. Переносного смысла пословиц, метафор не понимает, не может сложить простейшего узора в методике Косса. С трудом улавливает содержание картины (см. протоколы).

Объяснение пословиц и метафор

Метафоры и пословицы	Объяснение больной
Каменное сердце	Нечуткий, некультурный человек; полюбила его – не любит; вышла замуж – изменяет. Женщина обычно переживает. Женщины вообще лучше, чем мужчины. Мужчины некультурные, нечуткие, грубые...
"Золотая" голова	Может быть и у женщины и у мужчины. И все они

	прекрасные. Умные. Смелые. Свободные. И любят друг друга всю жизнь. Полюбила его, а он женат. Бывает и так. Такое несчастье!...
Не в свои сани не садись	Не будь таким нахальным, невежливым, хулиганом. Не ходи, куда не нужно
Куй железо, пока горячо	Работай, будь трудолюбивым, культурным, вежливым. Делай все быстро, хорошо. Люби человека. Все для него делай
"Золотая" голова	Золотые волосы могут быть у блондинок

Опосредованное запоминание (по А. Н. Леонтьеву)

Слова	Карточка	Объяснение связи	Воспроизведение
Дождь	Фонарь	Никакого дождя нет. Фонарь. Напоминает так: когда темно – тогда фонарь	Фонарь
Собрание	Дом	Это много людей. Вопросы всякие, здесь соберутся	Пулочная. Кондитерские изделия, кексы, слойки, калорийные...
Пожар		У нас недавно в соседстве был пожар... Надо картинку где спички, керосин, керогаз, курят папиросы, пьяны, неосторожны.	
День	Петух	Утром сначала. Говорят какая погода... есть петухи	Петух (курица без хвоста)
Театр	Лошадь	Сцена, занавес, партер, галерка, ложа есть? Собачки ученые, лошадки	Лошадка
Драка	Нож	Ресторан, пьянство, хулиганы. Или палкой по башке ударят! (хохочет)	Большой нож
Праздник	Глобус	1 Мая? Нет, нет, подождите, не 1 Мая. Новый год... 8 Марта, женский день. Во всем мире праздник. Глобус – во всем мире. Вот бокал еще подходит	Глобус на подставке
Труд	Рубашка	Сама сшила	Пиджак
Встреча	Часы	Часы главное, встреча под часами	Часы

Приведенные протоколы выявляют грубое нарушение памяти. Процесс опосредования не улучшает воспроизведения. Больная называет карточки. Она может частично понять переносный смысл пословицы, но не удерживает его и отвлекается. Суждения больной неустойчивы, правильные суждения чередуются с неадекватными. Мнестические же нарушения носят стойкий характер, больная не только не запоминает прошлых событий, но и не помнит настоящего.

ТЕМА 7 ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ

Семинарское занятие №1 Патопсихологическая характеристика нарушений мышления

Цель: анализ патопсихологических механизмов нарушений мышления человека.

Оборудование:

- Примеры нарушений мышления (описание клинических случаев, истории болезни).

Задание:

Проанализировать и соотнести предоставленные примеры конкретной разновидностью нарушений мышления. Фиксация результатов в письменном виде.

Форма контроля:

Письменные ответы студентов

Текст №14 (по Б.В. Зейгарник)

Снижение уровня обобщения

Методика «Классификация»

Один из подобных больных отказывается объединить в одну группу кошку с собакой, "потому что они враждуют"; другой больной не объединяет лису и жука, потому что "лиса живет в лесу, а жук летает". Частные признаки "живет в лесу" "летает" больше определяют суждения больного, чем общий признак "животные".

Даже стол и стул нельзя отнести к одной группе, так как "на стуле сидят, а на столе работают и кушают". Больной отказывается объединить ключ и ножницы, так как они разные: "Это ключ, а это ножницы, что же может быть между ними общего?"

Конкретно-ситуационные сочетания:

Иногда испытуемые объединяют предметы как элементы какого-нибудь сюжета (больной рассказывает что-нибудь по поводу этих предметов), но классификация не производится. Например, одну группу составляют яйцо, ложка, нож; другую — тетрадь, перо, карандаш; третью-замок, ключ, шкаф; четвертую-галстук, перчатки, нитки и иголки и т.д. При этом испытуемый объясняет: "Он пришел с работы, закусил яйцом из ложечки, порезал себе хлеба, потом немного позанимался, взял тетрадь, перо и карандаш..."

Так, например, один из больных эпилепсией составляет следующую группу слов: петух, козел, собака, лошадь, кошка. Казалось бы, что им образована группа на основании обобщенного признака "животные", но больной тут же объясняет: "Вот у крестьянина собака, петух, козел — все это в хозяйстве; может быть, кошка ему не нужна, хотя нет, если есть собака может быть и кошка". Составленная им группа — это не группа

"животные" вообще и даже не группа "домашние животные", а конкретные животные у конкретного хозяина, у которого может и не быть кошки.

Методика «Исключение предметов»

При предъявлении предметов (термометр, часы, весы, очки) заявляет, что надо удалить термометр, так как он "нужен только больному человеку". Больная предлагает объединить часы, термометр и очки, так как, "если человек близорукий, он смотрит на термометр и на часы через очки".

При предъявлении четырех предметов, из которых три относятся к источникам искусственного света (керосиновая лампа, свеча, электрическая лампочка) и один — естественного (солнце), больная часто выделяет в качестве лишнего предмета керосиновую лампу, объясняя, что сейчас света уже не нужна, "даже в самых глухих местностях проводится электричество". Другие больные по тем же мотивам считают лишней свечу.

Вообще не понимают смысла задачи

при предъявлении изображений ботинка, туфли, сапога и ноги заявляет: "Извините, здесь нет ничего лишнего. Это человеческая нога, на нее можно и туфлю, и ботинок и сапог и чулок надеть... Да, здесь чулок нет... Если женская нога, то туфля... А, может у нее нога большая — то ботиночки... Для мужчины сапог подходящий, я так сужу". Когда же экспериментатор предлагает исключить ногу, так как она является частью тела, а остальные три предмета представляют собой обувь, больная смеется: "Что это вы шутите, не понимаю? Разве можно ногу удалить? Если бы не было у человека ноги, то зачем ему нужна обувь?"

Другой больной (олигофрен) тоже не соглашается с предложением экспериментатора исключить ногу: "Здесь ведь только одна туфля, один ботинок и один сапог, пары нет. Так как же их одеть? Их скорее можно отбросить, а ногу уж обязательно оставить надо. Можно и с одной ногой, с костылем ходить можно, хоть и неудобно".

Пословицы и метафоры

"Куй железо, пока горячо" означает, по мнению одного из больных, что "железо нельзя ковать, когда оно холодное". Другой больной заявляет: "Железной рука не бывает. Если речь идет о протезе — его делают из дерева, а не из железа". Еще один больной при предъявлении пословицы "Не в свои сани не садись" говорит: "Зачем же в чужие сани садиться? Как же это? Нехорошо в чужие сани лезть!" Экспериментатор пытается объяснить, что эту пословицу можно применять и не в отношении саней. Больной не соглашается: "Как же это случилось, чтобы в чужие сани сесть? Может быть, кто задумался и по рассеянности не в своих санях уехал?" Экспериментатор: "Ну, а если человек не за свое дело взялся, можно применить эту поговорку?" Больной: "Нет, нельзя. Тут ведь сани, а там какое-то дело".

Пословица кажется недостаточно точной

"Шила в мешке не утаишь", заявляет: "Это не всегда так. Бывает же, что жулики скрываются, их не поймашь. Я знаю такой случай". Другой больной заявляет по поводу поговорки "Волков бояться — в лес не ходить": "Это неверная пословица. Иногда не нужно рисковать: эта пословица проповедует лихачество".

Метод пиктограмм

Так, при необходимости найти рисунок для запоминания слова "развитие" больной К. говорит: "Какое развитие? Оно бывает разное: и развитие мускулов, и умственное развитие. Какое же Вы хотите?" Этот же больной не может придумать рисунок для запоминания слов "тяжелая работа": "Что Вы называете тяжелой работой? Мне трудно было в школе задачи решать, а Вам, вероятно, тяжело заниматься физическим трудом, Вы слабая. Не понимаю, что нарисовать?" Другой больной затрудняется найти рисунок для запоминания словосочетания "больная женщина". Больной пытается нарисовать кровать, не сразу же заявляет, что этот рисунок не подходит, так как больная женщина не обязательно должна лежать: "У нее может быть гипп, и она его на ногах переносит". Тогда испытуемый решает нарисовать столик с лекарствами, но и этого не удовлетворяет: "Ведь не обязательно больная женщина лекарства принимает. Может быть, она лечится физиотерапией, может быть у нее только зубы болят, а может быть, у нее роды... Хотя нет, роды не болезнь" и т.д.

Так, один из них хочет для запоминания слов "голодный человек" нарисовать хлеб, но тут же отвергает этот рисунок как неправильный: "У голодного человека-то ведь куска хлеба". Тут же он решает изобразить фигуру худого человека, но и этот рисунок его не удовлетворяет, ибо "ведь человек может быть худой не из-за голода, а из-за болезни".

Больной А. Веселый праздник. Как же его изобразить? Ведь веселиться-то можно по-разному. Один любит в праздник в кино сходить — это для него веселье. Ну, другой — выпить... Это, конечно, нехорошо... Ну, немного со знакомыми, приятелями так... для того веселье в том, что он погуляет в кругу своей семьи, с детками там, или в цирк с ними сходит. Как же это изобразить? Ну, а можно иначе подойти, с точки зрения общественной. Есть всенародные праздники для всех, ну, например. Первое мая. Демонстрацию изобразить, тогда надо много флагов (больной рисует флаг, но не удовлетворяется). Один флаг недостаточно, надо много флагов, толпу, но я не умею рисовать...

Темная ночь. Как изобразить, чтобы видно было, что, во-первых, ночь и что темная, во-вторых. Можно луну нарисовать, но тогда ведь светло... Ну, конечно, когда не полнолуние, а только полумесяц, тогда не светло. Но все-таки это не поможет мне, что именно темная ночь. Нарисую я тучу (штрихует). Но ведь тучи бывают не только ночью, они собираются и днем, или перед грозой собираются черные тучи, становится темно. Вот Тургенев описывал хорошо грозу, кажется, в "Записках охотника", но ведь это не обозначает ночи. Лучше я изобразю лампу, она зажигается ночью. Правда, часто ее зажигают и вечером, в сумерках... Многие зажигают в сумерки, хотя это вредно для глаз — я так не делаю, я и сумерничать люблю. Что же изобразить, чтобы запомнить "темная ночь"?... Я нарисую луну и лампу. Луна — для ночи, а лампа — для того, чтобы запомнить, что это темная. Но это не так, не нравится мне то, что я рисую. Ведь это все не то, как говорится...

Тяжелая работа. Ну, уж это совсем нельзя изобразить, ведь мало ли что может быть тяжелой работой? Для одного математика тяжела. Я ее никогда не любил, она мне никогда не давалась. А другому литература не дается... А вот бывает, что слабому человеку физическая работа тяжела. Мало что может быть тяжело... Изобразю камни— камни ворочать тяжело. Хотя сейчас есть подъемные краны, ими можно подымать тяжести... Нет, камни не надо рисовать, лучше я молот изобразю, как в кузнице, но сейчас их нет, молотобойцев, это тоже

сейчас при помощи технических приспособлений делается. Не знаю, доктор, как... Ну, пусть будет и камень и молот.

Больной К-в. Сомнение . Как сделать, в чем можно сомневаться? Ведь можно в людях сомневаться, можно сомневаться в том, что не знаешь, какое решение принять. Слабовольные люди часто сомневаются. Можно сомневаться и в вещах. Вот купишь вещь, например материал на костюм или платье. Как знаешь, чистая ли шерсть или нет? Видите, как можно сомневаться по поводу скольких вещей, а вы хотите, чтобы я так сразу и изобразил. Для этого надо обладать талантом, надо уметь все это изобразить, а одним каким-нибудь рисунком невозможно это сделать, я так не согласен.

Искажение процесса обобщения

Больной М. объединяет вилку, стол и лопату по принципу "твердости"; вилка, ложка и карандаш он относит в одну группу по "принципу связи органического с неорганическим".

Так, например, говоря о шкафе, один такой больной называет его "ограниченной частью пространства", рассказывая о товарище, которого он характеризовал как доброго человека замечает: "Что такое добро и зло? Это определение относительно, положительное и отрицательное, как вопрос об электронах и вселенной. Плохое — это качественная сторона, значит, надо хорошую. Но плохое может перейти за хорошее, противоположности не бывает".

Нарушение мотивационного компонента мышления

Разноплановость мышления

Так, больной С-в (параноидная форма шизофрении), выполняя задание на "классификацию предметов", пытается образовать группы животных, растений, но тут же добавляет: "Но если подходить с точки зрения моего личного вкуса, то я не люблю грибы, я выброшу эту карточку. Когда-то отравился грибами. А вот это платье мне тоже не нравится, оно не изящное, я их положу в сторону. А вот моряк мне нравится, и спорт я признаю (объединяет моряка и лыжника в одну группу)".

Резонерство

Так, картинку, на которой изображена женщина, колющая дрова, один из таких больных описывает следующим образом: "Маленькая теория о назначении жизненных условий". Другой больной про эту же картинку говорит: "Здесь снято все для человека — это называется его жизненный путь"; третий больной объясняет: "Это женщина и ее судьба".

Больной Э. подобным образом определяет смысл пословицы "Не все то золото, что блестит": "Все же надо сказать, что блестит. Эта пословица отдельная, вернее сказать, она скоро изживет себя. Здесь происходит обесценивание золота как металла, это с точки зрения философской. Сущность не в золоте. Возможно, что другой металл, не столь презренный, как золото, блестит и приносит больше пользы человеку. Луч света, падая на стекло, блестит, это тоже может принести пользу... Ну, там всякие радиолучи... Ну, а в общем; не надо смотреть на человека и на его дела с чисто внешней стороны

В опыте на классификацию предметов больной начинает правильно сортировать предметы на основании адекватного признака (люди, животные, растения), но вдруг останавливается и заявляет: "Но это я без аспекта, это обывательское деление, слепое, а ведь это же разные существа, со специфическими чертами.

Надо под углом зрения актера смотреть, по принципу киносъемки надо, чтобы они смотрели друг на друга... Медведь может увидеть букашку, слон — лошадь, но рыбы он не увидит, но зато рыба, выплывая, может его увидеть. Хотя, кажется, глаза у рыбы иначе устроены... Как это называется в зоологии?" Больной рассуждает по поводу предметов с точки зрения "фотосъемки".

Экспериментатор просит найти другой принцип деления. Больной говорит: "Можно и так делить — подойти с точки зрения философской, с точки зрения превращения неживой материи в живую. Вещи — продукт человеческого труда. Люди, животные, растения — продукт природы... Или еще правильно все в одну группу поместить — все это природа".

В опыте на опосредованное запоминание (составление пиктограмм) больной выражает следующие связи: для запоминания выражения "веселый праздник" рисует флаг, для слова "развитие" — две точки, большую и маленькую, для выражения "тяжелая работа" рисует круг ("Это полет в стратосферу — трудное дело"). "Смелый поступок" долго обсуждает: "Что такое смелость? Это не смелость, то же, что храбрость; храбрые люди обдумывают свои поступки, а смелые..." Больной думает и не может выполнить задание. При предъявлении выражения "веселый ужин" больной говорит: "Ужин — это соплощение неорганической материи органическим существом; хотя и пища — органическая материя". Рисует кружки и стрелку: "Кружки — это материя, а стрелка — это переход одного вида материи в другой". Больной прерывает свои рассуждения: "Ну, если подойти с точки зрения актерской, надо вкусно ужинать, лишь символически изобразить".

При определении слов: "дружба", больной определяет: "Дру-жба! Это такое чувство!.. Это большое, большое чувство, которое толкает людей на хорошие поступки... Это люди оказывают друг другу помощь в трудную минуту, это даже чувство любви в какой-то степени. Дружить можно не только... Дружба может быть не только среди людей, дружба бывает и среди животных. Дружба — это хорошо! Дружба — это хорошее чувство, которое испытывают люди и животные, которое позволяет людям делать друг другу хорошее..."; "голова" — "Голова — это та часть тела, без которой жить невозможно. Не-воз-мож-но! Это, как говорит Маяковский, "мозг класса, сила класса". В голове расположен мозг — мозг тела, сила тела — вот что такое голова. Без руки жить можно, без ноги — можно, а без головы не рекомендуется".

Приводим примеры сравнения понятий. Больная должна сравнить понятия "часы и термометр"; она отвечает: "Это жизнь! Градусник-это жизнь! И часы — это жизнь! Ибо градусник нужен, чтобы измерять температуру людей, а время измеряют часы. Не было бы жизни, если не было бы часов и не было бы градусника, а не было бы градусника, больным бы не мерили температуру и не мерили бы температуру воздуха; не мерили бы температуру воздуха — не могли бы предсказывать погоду, прогноза не могло быть, а если бы не было часов, то люди были бы как стадо: они не всегда выходили бы на работу, только по солнцу, а солнце не всегда видно — зимой его нет"; "птица и самолет" — "Сходство — крылья. Потому что рожденный ползать летать не может. Человек тоже летает, у него есть крылья. У петуха тоже есть крылья, но он не летает. Он дышит. Рожденный ползать летать не может!"

Приведем пример монологической речи больного Н. (шизофрения, состояние дефекта). При внешне упорядоченном поведении и правильной ориентировке в обстановке монотонным, спокойным голосом больной часами произносит монологи, не проявляя при этом никакой заинтересованности во внимании собеседников.

Почему, я вот почему, мне, конечно, никто не сказал об этом, и где я не вычитал это, это и нигде не показано. Я думаю и твердо, конечно, знаю, что эта материя движения, весь земной шар (непонятно). Да, я думаю, долго я думал об этом деле, но вижу, что значит это — живая материя, она, находясь, вот значит живая материя, вот я думаю, что потом я думаю, раньше я учился, сколько я не учился, все же учился, воздух — не живой, ну, кислород, водород, все это мертвые вещества, а мне теперь представляется, что вся наша живая окружающую атмосферу зелень окутывает; ну, живое существо, совершенно живое существо, совершенно живое существо, совершенно живое вот, и оно состоит, цвета, его представляю, как этот дымок, только не сразу, как он появляется, вот как уже разошелся, чуть-чуть заметно и состоит из таких мельчайших существ, просто трудно различить, вот, и они имеют страшную силу, конечно, они вселятся куда хотите, через поры любого вещества, вот. Все это двигает в то же время, вот я считаю, что и зарождалось. Поэтому женщина, вот эта материя, по-моему, весь род на земле происходит.

Нарушение динамики мыслительной деятельности

Лабильность мышления

Объясняет «Не все то золото, что блестит» следующим образом: "Золото — это прекрасные золотые часы подарил мне брат, он у меня очень хороший. Когда мы вместе учились, мы ссорились, но потом жили мирно. Брат очень любил театр, мы видели с ним пьесы..." и т.д. Хаотичный характер ассоциаций помешал правильному объяснению пословицы, слово "золото" сразу повело к целой цепи воспоминаний. Но возможны и другие варианты, когда больные в своем объяснении пропускают какое-нибудь звено. Так, например, другая больная сразу поняла смысл этой пословицы и в качестве примера, как потом удалось выяснить, хотела привести случай, когда яблоко, на вид брошенное, внутри оказалось с червоточинкой. Однако больная этого случая не рассказала, а сразу начала говорить: "Яблоки, конечно, бывают червивые. Вот, например, бывают такие сорта яблок, когда этого не подумаешь... У нашей соседки мичуринские яблоки. Конечно, развитие мичуринского учения имеет большое значение..." Далее следуют разные воспоминания о знакомых мичуринцах и т.д. Точно так же больной в галлюцинационном состоянии, выделив группу людей, т.е. выполняя задание на уровне правильных обобщений, друг, увидев картинку "кузнец", стал декламировать: "Мы кузнецы и друг нам — молот... Люблю... старые революционные песни... песня — наш друг. А есть здесь, среди них карточки, напоминающие песни, искусство вообще? Да, картинки неважно нарисованы; кто вам их рисовал, художник? От слова "молот". Больной смеется, держит в руках картинку и не выполняет задание.

Жесткость мышления

Так, больной при предъявлении карточки, на которой изображен "стол, стул, диван и настольная лампа", заявляет: "Конечно, все это мебель, это точно, а лампа не мебель. Но ведь на столе должна стоять лампа, если дело происходит вечером или хотя бы в сумерки... Ну, зимой рано темнеет, а тогда лучше удалить диван... Ежели есть стул — можно без дивана обойтись". На замечание экспериментатора: "Ведь вы же сказали сами, что лампа не мебель" — больной отвечал: "Конечно, правильно, надо выделить мебель, но лампа-то настольная, она на столе стоит. Я бы предложил выделить диванчик". Несмотря на то что сам больной не только понял, но и указал на принцип обобщения (мебель), он в реальном действии — сортировке предметов —

снова и снова возвращается к выделенному им свойству: "Лампа настольная, она должна стоять на столе". Больной не может переключиться с принятого им решения.

Больной Б-н (эпилепсия). *Шкаф*. "Это предмет, в котором хранится что-то... Но в буфете тоже хранят посуду, еду, а в шкафу — платье, хотя и в шкафу часто хранят еду. Если комната маленькая и в ней не помещается буфет или если просто-таки нет буфета, то в шкафу хранят посуду. Вот у нас стоит шкаф: справа — большое пустое пространство, а налево — 4 полки; там и посуда и еда. Это, конечно, некультурно, часто здесь пахнет нафталином — это порошок от моли. Опять же бывают шкафы книжные, они не стоят глухо. Полки их уже, полок много. Теперь шкафы встраиваются в стены, но все равно — это шкаф".

РАЗДЕЛ 4

ТЕМА 3 НАРУШЕНИЕ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ЗАТЫЛОЧНЫХ И ЗАТЫЛОЧНО-ТЕМЕННЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА

Семинарское занятие №1 Нарушение высших корковых функций при поражениях затылочных и затылочно-теменных отделов мозга

Цель: ознакомление с нейропсихологической феноменологией локальных мозговых поражений затылочных и затылочно-теменных отделов мозга.

Задание: ознакомиться со следующими главами книги Оливера Сакса «Человек, который принял свою жену за шляпу»:

- «Человек, который принял жену за шляпу»
- «Бестелесная Кристи»
- «Человек, который вышел из кровати»
- «Глаз-ватерпас»

Вопросы для обсуждения.

- Расстройство каких высших корковых функций мы наблюдаем у профессора П. из рассказа «Человек, который принял жену за шляпу»? Дайте описание основного дефекта, которое наблюдается при этом расстройстве.
- Как Вы думаете, какие зоны мозга могут быть заинтересованы в этом расстройстве (укажите область мозга и предположительные номера полей по Бродману)?
- Благодаря чему профессору П. удавалось осуществлять привычную профессиональную деятельность, быть социально активным?
- Как Вы полагаете, синдром нарушения каких высших корковых функций описан в главе «Бестелесная Кристи»?
- Какие зоны мозга, поля (первичные, вторичные или третичные; являющееся представителем какой анализаторной системы) были заинтересованы в расстройстве, наблюдаемом у Кристи?

- Какой синдром описан в главе «Человек, который выпал из кровати»? Дайте описание основного дефекта, наблюдаемого при этом синдроме, укажите заинтересованную зону мозга, номера полей.
- Вследствие чего возникло расстройство «прямохождения» у персонажа главы «Глаз-ватерпас»?
- Какие участки нервной системы вовлечены в обеспечение проприоцептивной функции?
- Совместная работа каких зон мозга обеспечивает сложные междомодальные виды психического функционирования, например пространственного праксиса и гнозиса?

Рекомендуемая литература:

1. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Акад. Проект, 2000. – 504 с.
2. Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студентов вузов / А.Р. Лурия. – 2-е изд. – М.: Академия, 2002. – 380 с.

ТЕМА 4 НАРУШЕНИЕ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ВИСОЧНЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА

Семинарское занятие №1 Нарушение высших корковых функций при поражениях височных отделов мозга

Цель: ознакомление с нейропсихологической феноменологией локальных мозговых поражений височных отделов мозга.

Вопросы для обсуждения.

- Сенсорная афазия-какие зоны мозга страдают, в чем суть нарушения?
- Акустико-мнестическая афазия-какая зона мозга страдает (локализация, номера полей), в чем суть нарушения?
- Акустическая агнозия. Нейропсихологический механизм, суть нарушения.

Рекомендуемая литература:

1. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Акад. Проект, 2000. – 504 с.
2. Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студентов вузов / А.Р. Лурия. – 2-е изд. – М.: Академия, 2002. – 380 с.

ТЕМА 5 НАРУШЕНИЕ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СЕНСОМОТОРНЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА

Семинарское занятие №1 Нарушение высших корковых функций при поражениях сенсомоторных отделов мозга

Цель: ознакомление с нейропсихологической феноменологией локальных мозговых поражений сенсомоторных отделов мозга.

Вопросы для обсуждения:

- Кинестетическая апраксия-какая зоны мозга страдает (доля, номера полей) в чем суть нарушения?
- Дайте краткое описание основного нарушения двигательных функций при поражении премоторной зоны мозга.
- Кинестетическая моторная афазия-какая зона мозга страдает, в чем суть нарушения?
- Кинетическая моторная афазия - какая зона мозга страдает, в чем суть нарушения?

Рекомендуемая литература:

1. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд.– М.: Академ. Проект, 2000. – 504 с.
2. Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студентов вузов / А.Р. Лурия. – 2-е изд.– М.: Академия, 2002. – 380 с.

ТЕМА 6 НАРУШЕНИЕ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ЛОБНЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА

Семинарское занятие №1 Нарушение высших корковых функций при поражениях лобных отделов мозга

Цель: ознакомление с нейропсихологической феноменологией локальных мозговых поражений лобных отделов мозга.

Вопросы для обсуждения:

- Нарушение мнестической деятельности у больных с «лобным» синдромом.
- Нарушение произвольных движений и действий у больных с «лобным» синдромом.
- Нарушение гностической деятельности у больных с «лобным» синдромом.
- Нарушение интеллектуальной деятельности у больных с «лобным» синдромом.
- Динамическая афазия-какие отделы мозга страдают, в чем суть нарушения?

Рекомендуемая литература

1. Влияние словесного подкрепления на вызванную корковую активность / Э.А. Костандов [и др.] // Журн. высш. нерв. деятельности. – 1984. – Т.34, №5. – С. 46–51.
2. Выготский, Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. – 5-е изд., испр. – М.: Лабиринт, 1999. – 351 с.
3. Выготский, Л.С. Развитие высших психических функций. – М.: Соцэкгиз, 1960. – 500

с.

4. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Акад. Проект, 2000. – 504 с.
5. Лурия А.Р. Нейропсихологический анализ решения задач / А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова. – М.: Просвещение, 1966. – 291 с.
6. Цветкова, Л.С. Мозг и интеллект: нарушение и восстановление интеллектуал. деятельности / Л.С. Цветкова. – М.: Просвещение: Учеб. лит., 1995. – 303 с.
7. Щедровицкий, Г.П. Процессы и структуры в мышлении: Курс лекций / Г.П. Щедровицкий. – М.: Путь, 2003. – 316 с.

ТЕМА 7 МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ

Семинарское занятие №1 Методы исследования высших корковых функций

Цель: демонстрация основных методов исследования двигательных, кожно-кинестетических и высших зрительных функций

Оборудование: стимульный материал для проведения нейропсихологической диагностики.

План:

Исследование двигательных функций.

- исследование двигательных функций руки
- исследование орального праксиса
- исследование сложных форм организации движений и действий.

Исследование слухомоторных координаций.

- исследование восприятия и воспроизведения звуковысотных отношений
- исследование восприятия и воспроизведения ритмических структур

Исследование высших кожно-кинестетических функций.

- исследование осязательной чувствительности
- исследование кинестетической чувствительности
- исследование высших осязательных функций и стереогноза

Исследование высших зрительных функций.

- исследование зрительного восприятия предметов и изображений
- исследование ориентировки в пространстве
- Исследование пространственного мышления

Рекомендуемая литература:

1. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Акад. Проект, 2000. – 504 с.
2. Максименко, М.Ю. Пособие для практических занятий по нейропсихологической диагностике / М.Ю. Максименко, М.С. Ковязина. – М.: Теревинф, 1998. – 43 с.

3. Нейропсихологические методы исследования // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии: учеб. пособие / Под ред. Д.Н. Исаева, В.Е. Кагана. – СПб.: ПМИ, 1991. – С. 48–73.
4. Нейропсихология индивидуальных различий: учеб. пособие / Е. Д. Хом-ская [и др.]. – М.: Рос. пед. агентство, 1997. – 281 с.

Семинарское занятие №2 Методы исследования высших корковых функций

Цель: демонстрация основных методов исследования мнестических процессов и речевых функций, письма, счета, процессов мышления.

Оборудование: стимульный материал для проведения нейропсихологической диагностики.

План:

Исследование мнестических процессов.

- Исследование непосредственного запечатления следов
- Исследование процесса заучивания
- Исследование опосредствованного запоминания

Исследование речевых функций. Импрессивная речь.

- Исследование фонематического слуха
- Исследование понимания слов
- Исследование понимания простых предложений
- Исследование понимания логико-грамматических структур

Исследование речевых функций. Экспрессивная речь.

- Исследование артикуляции речевых звуков
- Исследование повторной речи
- Исследование номинативной функции речи
- Исследование повествовательной речи

Исследование письма и чтения.

- Исследование звукового анализа и синтеза слов
- Исследование письма
- Исследование чтения

Исследование счета.

- Исследование структуры числовых представлений
- Исследование счетных операций

Исследование процессов мышления.

- Исследование понимания сюжетных картин и текстов
- Исследование процесса формирования понятий
- Исследование особенностей решения задач

Рекомендуемая литература:

1. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Акад. Проект, 2000. – 504 с.
2. Максименко, М.Ю. Пособие для практических занятий по нейропсихо-логической диагностике / М.Ю. Максименко, М.С. Ковязина. – М.: Теревинф, 1998. – 43 с.
3. Нейропсихологические методы исследования // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии: учеб. пособие / Под ред. Д.Н. Исаева, В.Г. Кагана. – СПб.: ПМИ, 1991. – С. 48–73.
4. Нейропсихология индивидуальных различий: учеб. пособие / Е. Д. Хом-ская [и др.]. – М.: Рос. пед. агентство, 1997. – 281 с.

3.3 СПИСОК ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

Основная литература

1. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – М., 2002.
2. Детская патопсихология: Хрестоматия. – М., 2000.
3. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 2004.
4. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский [и др.]. – СПб., 2003.
5. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб., 2006.
6. Карсон, Р. Аномальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Миллер. – СПб., 2006.
7. Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. – СПб., 2002.
8. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А. Р. Лурия. – М., 2008.
9. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Юматова. – Ростов-на-Дону, 2003.
10. Фролова, Ю. Г. Медицинская психология: Учебное пособие / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2010.
11. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2003.
12. Хомская, Е. Д. Нейропсихология / Е. Д. Хомская. – СПб., 2005.

Дополнительная литература

1. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб., 2000.
2. Антонян, Ю. М. Криминальная патопсихология / Ю. М. Антонян, В. В. Гульдан. – М., 1995.
3. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек [и др.]. – СПб., 2003.
4. Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М., 1988.
5. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия: в 2 т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. – М., 1994.
6. Кемпинский, А. Психология шизофрении / А. Кемпинский. – СПб., 1998.
7. Кожуховская, И. И. Нарушение критичности у психически больных / И. И. Кожуховская. – М., 1985.
8. Корсакова, Н. К. Клиническая нейропсихология / Н. К. Корсакова, Л. И. Московичюте. – М., 1988.
9. Кризисные события и психологические проблемы человека / под ред. Л. А. Пергаменщика. – Минск, 1997.

10. Критская, В. П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В. П. Критская, Т. К. Мелешко, Ю. Ф. Поляков. – М., 1991.
11. Куттер, П. Современный психоанализ / П. Куттер. – СПб., 1997.
12. Крукович, Е. И. Кризисное вмешательство / Е. И. Крукович. – Минск, 2003.
13. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. – М., 2003.
14. Лэнг, Р. Расколотое «Я» / Р. Лэнг. – М., 1995.
15. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. – М., 1998.
16. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994.
17. Мейер, В. Методы поведенческой терапии / В. Мейер, Э. Чессе. – СПб., 2001.
18. Менцос, С. Психодинамические модели в психиатрии / С. Менцос. – М., 2001.
19. Моховиков, А. Н. Телефонное консультирование / А. Н. Моховиков. – М., 2001.
20. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1987.
21. Никольская, О. С. Аутичный ребенок: Пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М., 2000.
22. Пергаменщик, Л. А. Кризисная психология / Л. А. Пергаменщик. – Минск, 2004.
23. Поляков, Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении / Ю. Ф. Поляков. – М., 1974.
24. Психотерапия: Учебник, под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 2000.
25. Слепович, Е. С. Ребенок с задержкой психического развития (психологическая характеристика). Методическое пособие / Е. С. Слепович. – Минск, 1996.
26. Соколова, Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е. Т. Соколова. – М., 1989.
27. Том, Х. Современный психоанализ: в 2 т. / Х. Томэ, Х. Кэхеле. – М., 1996.
28. Рубинштейн, С. Я. Методики экспериментальной патопсихологии / С. Я. Рубинштейн. – М., 1962.
29. Фуко, М. История безумия в классическую эпоху / М. Фуко. – СПб., 1997.
30. Херсонский, Б. Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний / Б. Г. Херсонский. – Киев, 1988.
31. Хрестоматия по суицидологии. – Киев, 1996.
32. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М., 1990.
33. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. – М., 1999.

МЕТОДИЧЕСКИЙ БЛОК УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

4.1. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И СТИМУЛИРОВАНИЮ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

1. Преподаватель проводит консультацию по методике и форме выполнения УСРС, рекомендует источники литературы и план изложения темы. Как правило, достаточно полный перечень литературы, необходимой для проработки темы, приведен в учебном блоке в р.3.1. в соответствующих темах лекций.
2. Студент должен:
 - ознакомиться с перечнем вопросов, подлежащих изучению;
 - проработать литературу по теме;
 - кратко зареферировать изучаемый материал по предложенному плану или выполнить работу в соответствии с рабочей программой;
 - представить выполненную работу;
 - пройти собеседование с преподавателем по выполненной теме (если не предусмотрена другая форма отчетности).

Управляемая самостоятельная работа студентов №1 «Критерии психологического здоровья личности»

Форма: Семинарское занятие.

Цель:

Самостоятельно выделить критерии психологического здоровья личности

Задачи:

Используя материалы фильма провести теоретическое разграничение между понятиями психическое-психологическое-душевное здоровье.

Форма работы:

Дискуссия-рассуждение по фильму реж. Милоша Формана «Пролетая над кукушкиным гнездом».

Вопросы:

1. Опишите, какие чувства вызывают у вас персонажи фильма. Кого из них Вы могли бы охарактеризовать как психически/психологически/душевно нездоровым?
2. Выделите и зафиксируйте критерии психологического здоровья личности.

Формы контроля:

выставление оценки.

Управляемая самостоятельная работа №2 Классификация психосоматических расстройств

Форма :Семинарское занятие.

Цель: ознакомление с диагностическими категориями и критериями психосоматических расстройств с использованием МКБ-10.

Оборудование: Международная классификация болезней МКБ-10.

<http://www.mkb10.ru/>

Форма работы:

Составление таблицы (название психосоматического расстройства—диагностические критерии по МКБ-10-описание в психологической литературе, посвященной психосоматической проблеме).

Форма контроля:

Проверка составленных таблиц.

Управляемая самостоятельная работа №3 Направленность личности и болезни: поведенческий тип «А» и поведенческий тип «С»

Форма :Семинарское занятие.

Цель: анализ психологических условий возникновения сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Оборудование: тексты статей.

<http://www.medpsy.com/meds/meds145.php>

http://rjews.net/v_rotenberg/primeneniye.html#.VTQHBNysW9U

Задание:

Зафиксировать психологические характеристики людей с «поведенческим типом А» и «поведенческим типом С» в виде содержательной схемы.

Форма контроля:

Проверка составленных схем.

Управляемая самостоятельная работа №4 Нарушения пищевого поведения: виды, психологический механизм

Форма :Семинарское занятие.

Цель: анализ диагностических критериев различных вариантов нарушений пищевого поведения.

Оборудование: Международная классификация болезней МКБ-10, литература по заявленной проблеме.

Задание:

Составить таблицу, содержащую диагностические критерии, сравнительные психологические характеристики людей, страдающими различными нарушениями пищевого поведения

Форма контроля:

Проверка составленных таблиц.

Управляемая самостоятельная работа №5 Принципы построения патопсихологического исследования

Форма :Семинарское занятие.

Цель: усвоение навыка составления протокола патопсихологического исследования, заключения по результатам диагностической работы

Оборудование: образцы протоколов патопсихологического обследования больных.

Задание:

Подготовить патопсихологическое заключение по конкретному диагностическому случаю

Форма контроля:

Проверка подготовленных заключений.

Текст №15

Пример характеристики, составленной по результатам патопсихологического обследования

АЛЕКСАНДРА 02.09.1999 г.р.

Дата обследования: 02.02.2013 г.

Полный возраст ребенка 13 лет. Видимое физическое развитие соответствует паспортному возрасту.

Контакт с девочкой был установлен легко, Саша доброжелательна, с готовностью отвечает на все вопросы психолога. С самого начала обследования отмечается некоторая замедленность темпа речи ребенка, единичные трудности в подборе нужных слов. При оценке поступков персонажей историй, предложенных в экспериментальных заданиях, собственных поступков, Саша дает морализаторские суждения, стремится обобщить сюжетную линию какой-либо поговоркой, речевым штампом. Беседа обнаруживает признаки нарушений в мотивационной сфере ребенка, присущий ей эгоцентризм. Саша декларирует мотив «овладения профессией», «помощь маме» как одни из ведущих, но эти мотивы являются, скорее, «только известными», не выполняющими ведущей психической функции.

На протяжении всего обследования необходима незначительная, но постоянная стимуляция (в виде похвалы, одобрения действий ребенка экспериментатором) при невысоком интересе к работе, а также при наступлении пресыщения в отдельных заданиях. Саша не проявляет самостоятельного интереса к целям обследования, стимульному материалу экспериментальных заданий. Темп выполнения экспериментальных заданий несколько замедленный, равномерный. Вербализация требует некоторой стимуляции, но вполне точная и понятная, в отдельных случаях девочка компенсаторно многословна.

Приступая к выполнению действий, предписанных инструкцией, Саша легко усваивает инструкцию, применяет способ решения, адекватный условию экспериментальной задачи, но, спустя некоторое время, может «сбиваться» на ошибочные действия. Указание экспериментатором на ошибки приводит к некоторой

дезорганизации деятельности, попыткам доказать правильность собственного (чаще неверного) способа выполнения экспериментального задания, поощрения и успехи значительно улучшают темп и продуктивность деятельности Саши. На протяжении всего обследования наблюдаются негрубые нарушения внимания. В процессе выполнения экспериментальных заданий наблюдаются отдельные факты застревания на предыдущей деятельности, признаки инертности протекания психических процессов. В конце обследования девочка дает адекватную, аргументированную оценку собственных достижений.

Исследование перцептивной деятельности выявляет преобладание у Саши детализирующего типа зрительного восприятия, фиксируются некоторые нарушения пространственного гнозиса. При предъявлении проб на оценку слухо-моторных координаций выявляется инертность следов предыдущей ритмической структуры, трудности удержания длительных, развернутых ритмических структур. Тактильный гнозис не нарушен. При предъявлении пробы на оценку функции кинетического праксиса (кулак-ребро-ладонь) у девочки выявляется инертность предыдущей позы, трудности денервации предыдущего движения, невозможность переключиться на новую позу без привлечения организующей помощи (громкое проговаривание совместно с экспериментатором).

При исследовании мнестической сферы ребенка выявляются преимущественно нарушения ее динамической стороны. Саша в течение какого-то отрезка времени хорошо запоминает и воспроизводит материал, однако спустя короткое время не может этого сделать. Кривая запоминания «10 слов» носит ломаный характер. При запоминании двух групп по три слова наблюдается повышенная тормозимость следов первого ряда. При последующих воспроизведениях актуализируется множество слов-ассоциаций. Наблюдаются также нарушения произвольной репродукции: концентрация внимания на воспроизведении какого-либо слова приводит к ухудшению способности к репродукции. Нарушения памяти сочетаются с негрубыми амнестическими западаниями в речи. Адекватное использование Сашей символов в целях запоминания существенно улучшает показатели продуктивности мнестической деятельности.

При выполнении интеллектуальных задач, требующих длительного и целенаправленного удержания цели, последовательности суждений, обнаруживается нестойкость умственной продукции ребенка. Достигая в отдельных случаях высокого уровня обобщения, демонстрируя адекватность операции сравнения, переноса, Саша периодически сбивается на способ выполнения экспериментальных заданий по конкретно-ситуационному признаку. В отдельных случаях логические связи подменяются латентными сочетаниями. Экспериментальное исследование также обнаруживает в отдельных случаях инертное доминирование конкретных связей прошлого опыта в интеллектуальной деятельности ребенка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ:

Данные психологического обследования позволяют сделать вывод о лабильности всех форм психической деятельности ребенка. Нарушение динамической стороны мышления, мнестической деятельности напрямую связаны с колебаниями умственной работоспособности, которые возникают вследствие имеющегося у ребенка заболевания центральной нервной системы. Нарушение корковой нейродинамики наиболее очевидно в ситуациях, требующих от Саши целенаправленных и устойчивых усилий, борьбы с истощаемостью и пресыщаемостью, регуляции собственного поведения, аффективных реакций.

Данные патопсихологического обследования позволяют рекомендовать ребенку обучение в соответствии с принципами «здоровьесберегающих» образовательных технологий. В связи с колебаниями умственной работоспособности, недостаточным уровнем психического тонуса Саша будет затрудняться в длительной концентрации внимания, произвольной регуляции уровня активности, необходимого для успешной работы во время учебного занятия. Флуктуации внимания, утрата цели и программы учебной деятельности могут быть преодолены путем введения добавочных внешних опор, осуществления промежуточного контроля за выполнением задания со стороны педагога, совместной с учителем, родителем разработки программы подготовки к учебному занятию. Необходимо щадяще относиться к возможностям центральной нервной системы ребенка, стараясь сохранить ее компенсаторный потенциал: четкий режим дня, достаточное время ночного сна, пребывания на улице, дозированное (без перерыва-не более 45 минут) время на подготовку домашнего задания, уменьшение нагрузки на непосредственную (механическую) память, уменьшение объема запоминаемого материала, сокращение интеллектуальных нагрузок. В связи с особенностями мотивационно-волевой сферы, трудностями регуляции аффективных реакций вследствие органического заболевания центральной нервной системы, ребенок нуждается в организации особой педагогической среды, создании внешних мотивов учебной деятельности: похвалы, одобрения со стороны учителя, создания комфортной социальной среды в классе.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИЛ:

Управляемая самостоятельная работа №6 Патопсихологическая характеристика нарушений личности

Форма :Семинарское занятие

Цель: анализ патопсихологических механизмов нарушений личности

Оборудование: худ.фильм реж. Д. Аранофски «Реквием по мечте»

Задание:

Соотнести биографические факты (история главных героев фильма) с патопсихологической феноменологией нарушений личности. Подготовить описание увиденных в кинофильме нарушений личности.

Управляемая самостоятельная работа №7 Патопсихологическая характеристика нарушений внимания и умственной работоспособности

Цель: ознакомление с патопсихологическими методами исследования внимания и умственной работоспособности.

Оборудование: стимульный материал следующих методик

Методики исследования внимания

1.Корректурная проба. Данная методика впервые предложена Bourdon в 1895 г. Она используется для исследования устойчивости внимания и способности к его концентрации. Корректурная проба очень проста и не требует специальных приспособлений, кроме бланков и секундомера. Бланки представляют собой ряды букв, расположенных в случайном порядке.

Инструкция предусматривает зачеркивание одной или двух букв по выбору исследующего. Можно каждые 30-60 секунд отмечать положение карандаша больного. Исследуемый обращает внимание на количество ошибок, темп выполнения, распределение ошибок в течение опыта, характер ошибок (пропуски отдельных букв или строчек, зачеркивание других букв и т.д.).

2.Счет по Крепелину.Методика предложена Крепелиным в 1895 г. Она применяется для исследования переключения внимания, а также работоспособности. На специальных бланках расположены столбцы цифр, которые испытуемый должен складывать или вычитать в уме, а на бланке записывать результат. После выполнения задания исследующий обращает внимание на количество ошибок, их распределение, объем выполненного задания, темп, способность переключаться, то есть делает вывод о работоспособности (истощаемости, вработываемости), расстройствах внимания.

3.Отыскивание чисел на таблицах Шульте.Исследование проводят с помощью специальных таблиц, где хаотично расположены числа от 1 до 25. Испытуемый указкой показывает числа по порядку, называя их вслух, при этом фиксируется время выполнения задания. Таким образом исследуют темп сенсомоторных реакций, особенности переключения внимания, объем внимания, сосредоточенность (отвлекаемость), повышенную истощаемость по гиперстеническому или гипостеническому типу, вработываемость.

4.Для исследования переключения внимания, инертности психических процессов, истощаемости можно использовать модифицированную таблицу Шульте (Ф. Д. Горбов, 1959, 1964 гг.). Это красно-черная таблица содержит 49 чисел, из них 25 черных (1-25) и 24 красных (1-24). Испытуемый попеременно должен показывать черные и красные цифры. Причем черные в порядке возрастания, а красные в порядке убывания. Методика используется в первую очередь для исследования динамики мышления, способности переключать внимание.

5.Отсчитывание.Методика предложена Крепелиным. Испытуемый отсчитывает от ста одно и то же число (обычно 17, 13, 7, 3). Экспериментатором отмечаются паузы. Исследуется характер ошибок следование инструкции, переключение, сосредоточенность, истощаемость внимания.

Задание:

Подготовить патопсихологическое заключение, проведя патопсихологическую диагностику особенностей внимания и умственной работоспособности у пяти испытуемых

Форма контроля:

Проверка подготовленных заключений.

Форма : Лекция..

Цель: ознакомление с нейропсихологической феноменологией нарушения функциональной деятельности центральной нервной системы человека.

Оборудование: атлас по нейропсихологии, электронные варианты учебных пособий.

Задание: Подготовка творческого эссе на тему «Нейропсихология обыденной жизни. дисфункции в работе структурно-функциональных блоков мозга» (примеры из собственной жизни)

Рекомендуемая литература:

1. Саркисов, С.А. Структурные основы деятельности мозга / Под ред. О.Г. Андрианова. – М.: Медицина, 1980. – 295 с.
2. Структурно-функциональная организация развивающегося мозга / С.А. Фурбер [и др.]. – Л.: Наука. Ленингр. отд-ние, 1990. – 197 с.
3. Хомская, Е.Д. Нейропсихология / Е.Д. Хомская. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2005. – 496 с.

Управляемая самостоятельная работа №9 Основные нейропсихологические синдромы и методы их дифференциальной диагностики

Форма : Семинарское занятие.

Цель: Анализ ключевых диагностических признаков нейропсихологического синдрома, подбор эффективного диагностического инструментария для выявления синдрома при обследовании.

Задачи:

- Ознакомление с основными методами дифференциальной нейропсихологической диагностики;
- Освоение синдромного нейропсихологического анализа.

Задание:

Анализ литературы, содержащий описание нейропсихологических синдромов у взрослых больных с локальными поражениями мозга. По итогам аналитической работы заполняется таблица (см. ниже), в которой должны быть отражены качественные характеристики выполнения больными из той или иной синдромальной группы нейропсихологических проб.

Форма контроля:

Проверка заполненной таблицы.

Рекомендуемая литература:

1. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Акад. Проект, 2000. – 504 с.
2. Максименко, М.Ю. Пособие для практических занятий по нейропсихологической диагностике / М.Ю. Максименко, М.С. Ковязина. – М.: Теревинф, 1998. – 43 с.

3. Нейропсихологические методы исследования // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии: учеб. пособие / Под ред. Д.Н. Исаева, В.Е. Кагана. – СПб.: ПМИ, 1991. – С. 48–73.
4. Нейропсихология индивидуальных различий: учеб. пособие / Е. Д. Хом-ская [и др.]. – М.: Рос. пед. агентство, 1997. – 281 с.

[illegible]

Управляемая самостоятельная работа №10 Нарушение высших корковых функций при поражении лобных отделов мозга

Форма : Лекционное занятие.

Цель: Анализ ключевых нейропсихологических механизмов нарушений интеллектуальной, гностической, мнестической деятельности, произвольных движений и действий при поражении лобных отделов мозга.

Задание:

- Просмотреть кинофильм BBC «Первый среди разных» <https://www.youtube.com/watch?v=kLVSVE0PJWQ>
- Проанализировать и соотнести представленные примеры в нарушении психической деятельности больных с конкретными нейропсихологическими механизмами «лобного» синдрома

Форма контроля:

Проверка письменных работ.

Рекомендуемая литература:

1. Влияние словесного подкрепления на вызванную корковую активность / Э.А. Костандов [и др.] // Журн. высш. нерв. деятельность. – 1964. – Т. 34, №5. – С. 46–51.
2. Выготский, Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. – 5-е изд., испр. – М.: Лабиринт, 1999. – 351 с.
3. Выготский, Л.С. Развитие высших психических функций. – М.: Соцэкгиз, 1960. – 500 с.
4. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Акад. Проект, 2000. – 504 с.
5. Лурия А.Р. Нейропсихологический анализ решения задач / А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова. – М.: Просвещение, 1966. – 291 с.
6. Цветкова, Л.С. Мозг и интеллект: нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности / Л.С. Цветкова. – М.: Просвещение: Учеб. лит., 1995. – 303 с.
7. Щедровицкий, Г.П. Процессы и структуры в мышлении: Курс лекций / Г.П. Щедровицкий – М.: Путь, 2003. – 316 с.

4.2 Правила и требования, предъявляемые к выполнению письменных студенческих работ (рефератов)

Письменные студенческие работы (рефераты), являясь письменной частью изучения студентами курса «Медицинская психология», способствуют углубленному изучению предмета, прививают навыки самостоятельной работы с литературой, учат последовательно и правильно излагать свои мысли при анализе сложных теоретических вопросов.

Тема реферата предварительно оговаривается с преподавателем.

После изучения рекомендуемой литературы по выбранной теме составляется план в отношении каждого вопроса письменной работы. Выделение пунктов плана способствует осмыслению материала, т.к. каждый пункт плана – как обобщенный заголовок определенной части текста, а переход от одной части к следующим частям представляется логической последовательностью основной мысли текста. В последующем при воспроизведении текста материал концентрируется вокруг заголовков плана, сходясь к ним, что, несомненно, облегчает его припоминание. В план включается 5-6 наиболее важных вопросов темы.

При оформлении работы необходимо соблюдать следующие требования:

- объем работы не должен превышать 15 страниц машинописного текста формата А4, включая рисунки и схемы (не более 3);
- при использовании рисунков и схем необходимо приводить подписи к ним (максимально краткие); в тексте должны быть ссылки на приводимые иллюстрации;
- на титульном листе следует указать вуз, факультет, тему работы, фамилию, имя, отчество автора работы;
- на следующем листе приводится план;
- страницы должны быть пронумерованы;
- на каждой странице обязательно оставлять поля для замечаний преподавателя;
- в конце работы приводится в алфавитном порядке список литературы, использованной при выполнении контрольной работы.

Качество письменной работы оценивается по тому, насколько самостоятельно и грамотно сформулированы вопросы избранной темы и показаны знания рекомендованной литературы.

КОНТРОЛЬНЫЙ БЛОК

5.1. ПЕРЕЧЕНЬ РЕКОМЕНДУЕМЫХ СРЕДСТВ ДИАГНОСТИКИ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

- устный опрос во время семинарских занятий;
- письменные проверочные работы;
- -подготовка выступлений и эссе;
- написание патопсихологических, нейропсихологических характеристик по конкретному диагностическому случаю;
- зачет
- экзамен

5.2 СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ И ФИЛЬМОВ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ УСРС:

1. Влияние словесного подкрепления на вызванную корковую активность / Э.А. Костандов [и др.] // Журн. высш. нерв. деятельности. – 1984. – Т.34, №5. – С. 46–51.
 2. Выготский, Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. – 5-е изд., испр. – М.: Лабиринт, 1999. – 351 с.
 3. Выготский, Л.С. Развитие высших психических функций. – М.: Соцэкгиз, 1960. – 500 с.
 4. Лурия А.Р. Нейропсихологический анализ решения задач / А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова. – М.: Просвещение, 1966. – 291 с.
 5. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Акад. Проект, 2000. – 504 с.
 6. Максименко, М.Ю. Пособие для практических занятий по нейропсихологической диагностике / М.Ю. Максименко, М.С. Ковязина. – М.: Превент, 1998. – 43 с.
 7. Международная классификация болезней МКБ-10.
 8. Нейропсихологические методы исследования // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии: учеб. пособие / Под ред. Д.Н. Исаева, В.Е. Кагана. – СПб.: ПМИ, 1991. – С. 48–73.
 9. Нейропсихология индивидуальных различий: учеб. пособие / Е. Д. Хомская [и др.]. – М.: Рос. пед. агентство, 1997. – 281 с.
 6. Саркисов, С.А. Структурные основы деятельности мозга / Под ред. О.С. Андрианова. – М.: Медицина, 1980. – 295 с.
 7. Структурно-функциональная организация развивающегося мозга / Д.А. Фарбер [и др.]. – Л.: Наука. Ленингр. отделение, 1990. – 197 с.
 10. Хомская, Е.Д. Нейропсихология / Е.Д. Хомская. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2005. – 496 с.
 - Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Акад. Проект, 2000. – 504 с.
 11. Цветкова, Л.С. Мозг и интеллект: нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности / Л.С. Цветкова. – М.: Просвещение: Учеб. лит., 1995. – 303 с.
 12. Щедровицкий, Г.П. Процессы и структуры в мышлении: Курс лекций / Г.П. Щедровицкий. – М.: Путь, 2003. – 316 с.
 13. <http://www.medpsy.com/meds/meds145.php>
 14. http://rjews.net/v_rotenberg/pn-immunoligiya.html#.VTQHBNysW9U
- худ.фильм реж. Д. Аранофски «Реквием по мечте»
 - худ.фильм реж. М. Формана «Пролетая над кукушкиным гнездом»
 - BBC «Первый среди равных» <https://www.youtube.com/watch?v=kLVSVE0PJWQ>

5.3. ПРИМЕРЫ ПИСЬМЕННЫХ ПРОВЕРОЧНЫХ РАБОТ

ТЕМА 4.1 «Высшие психические функции человека и их мозговая организация»

Вариант 1.

Дайте определение понятия «функция», предложенное Анохиным.

Вариант 2

Назовите две главные концепции, описывающие соотношение мозга и психики, назовите несколько представителей.

Вариант 3

Назовите основные характеристики высшей психической функции.

Вариант 4

Приведите правило «различного влияния опыта» Л.С. Выготского.

ТЕМА 4.2 «Структурно-функциональная модель работы мозга по А.Р. Лурия»

Вариант 1.

Назовите основные мозговые структуры, входящие в состав первого функционального блока мозга. Каково функциональное значение этого блока мозга?

Вариант 2

Назовите основные мозговые структуры, входящие в состав второго функционального блока мозга. Каково функциональное значение этого блока мозга?

Вариант 3

Назовите основные мозговые структуры, входящие в состав третьего функционального блока мозга. Каково функциональное значение этого блока мозга?

Вариант 4

Какое функциональное значение имеют первичные и вторичные поля центральных отделов анализаторных систем?

ТЕМА 4.7 «Нейропсихологические методы исследования зрительных, тактильных функций, пространственного праксиса и гнозиса»

Вариант 1

- Симультанная агнозия: какая зона мозга страдает (локализация, номера полей), в чем суть нарушения?
- Конструктивная апрактогнозия-какая зона мозга страдает (локализация, номера полей), в чем суть нарушения?

Вариант 2

- Лицевая агнозия-какая зона мозга страдает (локализация, номера полей), в чем суть нарушения?
- Какие нарушения психических функций входят в синдром поражения нижнетеменной области? Дайте описания основного дефекта при тактильной предметной агнозии.

Вариант 3

- Нарушения каких психических функций наблюдается при поражении затылочно-теменных отделов?
- Зрительная предметная агнозия: какой участок мозга страдает (локализация, номера полей), в чем суть нарушения?

Вариант 4

- Дайте описание нарушений, возникающих при синдроме поражения верхнетеменной области? В чем суть нарушения?
- Семантическая афазия: какая зона мозга страдают (локализация, номер поля)? В чем суть нарушения?

ТЕМА 4.8 «Нейропсихологические методы исследования двигательных функций, слухомоторных координаций»

Вариант 1

- Кинестетическая апраксия-какая зоны мозга страдает (доля, номера полей), в чем суть нарушения?
- Динамическая афазия-какие отделы мозга страдают, в чем суть нарушения?

Вариант 2

- Сенсорная афазия-какие зоны мозга страдают, в чем суть нарушения?

- Дайте краткое описание основного нарушения двигательных функций при поражении премоторной зоны мозга.

Вариант 3

- Акустико-мнестическая афазия-какая зона мозга страдает (локализация, номера полей), в чем суть нарушения?
- Каким образом страдают произвольные движения и действия при поражении лобных отделов мозга?

Вариант 4

- Кинестетическая моторная афазия-какая зона мозга страдает, в чем суть нарушения?
- Кинетическая моторная афазия - какая зона мозга страдает, в чем суть нарушения?

5.4 ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

1. Предмет и задачи медицинской психологии.
2. Разделы и отрасли медицинской психологии. Междисциплинарные связи медицинской психологии.
3. История развития медицинской психологии.
4. Клинический и психологический подходы к изучению личности (взгляд врача-психиатра и медицинского психолога).
5. Методы медицинской психологии.
6. Анализ случая как метод медицинской психологии (привести пример).
7. Корреляционные исследования в медицинской психологии (привести пример).
8. Метод эксперимента в медицинской психологии (привести пример).
9. Виды психологической помощи.
10. Критерии оценки психологической помощи.
11. Проблема определения психического здоровья и психической болезни.
12. Критерии психического здоровья.
13. Подходы к классификации психических расстройств. Основные категории психических расстройств по МКБ-10.
14. Выделение различных подходов к определению дихотомии «норма-патология».
15. Статистически-адаптационный подход к пониманию нормы.
16. Принятие негативных критериев нормы как решение дихотомии «норма-патология».
17. Подход к пониманию нормы с позиции культурного релятивизма.
18. Подход к пониманию нормы с позиции «малой» психиатрии (П.Б.Ганнушкин).
19. Представление о норме, построенное на терминах и понятиях психопатологии (пример MMPI).
20. Описательный подход к определению нормы.
21. Экзистенциальный подход к пониманию нормы.
22. Уровневый подход к решению проблемы «норма-патология» (подход Б.С.Братуся).
23. Нормальное и аномальное развитие личности. Критерии нормального развития личности (по работе Б.С.Братуся).
24. Основные теоретические направления и концепции в медицинской психологии. Взаимосвязь с психотерапевтической практикой.
25. Биологический подход в медицинской психологии. Теория стресса.
26. Классификация стрессоров. Факторы, опосредующие влияние стрессовой ситуации на здоровье человека.
27. Поведенческий подход в медицинской психологии. Основные принципы анализа психических расстройств.

28. Психическое расстройство как следствие нарушения процессов классического обуславливания (привести пример).
29. Психическое расстройство как следствие нарушения процессов оперантного обуславливания (привести пример).
30. Психическое расстройство как следствие нарушения процессов социального научения (привести пример).
31. Психодинамический подход в медицинской психологии. Основные принципы анализа психических расстройств.
32. Концепция защитных механизмов. Первичные (примитивные) защитные механизмы. Вторичные (высшего порядка) защитные механизмы. Приведите примеры.
33. Психологическая характеристика различных уровней функционирования личности в психоаналитическом направлении (Н. Мак-Вильямс).
34. Когнитивный подход в медицинской психологии. Основные принципы анализа психических расстройств.
35. Рационально-эмотивная терапия А.Эллиса: общая характеристика.
36. Характеристика иррациональных идей (по А.Эллису).
37. Когнитивная модель расстройства (А.Бек).
38. Характеристики неадаптивных суждений (по А.Беку).
39. Основные методы когнитивной терапии.
40. Гуманистический подход в медицинской психологии. Основные принципы анализа психических расстройств.
41. Клиент-центрированная терапия К.Роджерса.
42. Гештальт-терапия Ф.Перлза.
43. Экзистенциальный подход в медицинской психологии. Основные принципы анализа психических расстройств.
44. Логотерапия В.Франкла.
45. Критический подход в медицинской психологии и течение антипсихиатров.
46. Социальный подход в медицинской психологии.
47. Интегративный подход в медицинской психологии: биопсихосоциальная модель.
48. История развития и теоретические основы отечественной медицинской психологии.
49. Предмет психосоматики. Основные методологические проблемы организации экспериментальных исследований в психосоматике.
50. Виды психосоматических расстройств (К.Ясперс).
51. Современная классификация психосоматических расстройств (в структуре МКБ-10).
52. Теория кортико-висцеральной патологии в психосоматике.
53. Роль стресса в возникновении психосоматических расстройств.
54. Психоаналитический подход в психосоматике: теория защитных механизмов.

55. Психоаналитический подход в психосоматике: теория истерической конверсии.
56. Психоаналитический подход в психосоматике: теория объектных отношений.
57. Экзистенциальный подход к психосоматической проблеме.
58. Воспринимаемый контроль и его влияние на здоровье.
59. Поведение типа А и его связь с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
60. Поведение типа С и его связь с онкологическими заболеваниями.
61. Психологическая характеристика искусственно вызываемых расстройств.
62. Нарушения пищевого поведения: нервная анорексия.
63. Нарушения пищевого поведения: нервная булимия.
64. Психологические проблемы людей с избыточным весом, с навязчивым следованием диете, психогенным перееданием.

5.5 ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ.

1. Предмет и методы патопсихологии.
2. Принципы построения патопсихологического эксперимента.
3. Этапы патопсихологического исследования. Краткая характеристика
4. Проблема критериев нарушенного сознания в психологии и психиатрии.
5. Критерии нарушенного сознания по К.Ясперсу.
6. Патопсихологическая характеристика оглушенного состояния сознания.
7. Патопсихологическая характеристика делириозного помрачения сознания.
8. Патопсихологическая характеристика онейроидного состояния сознания.
9. Патопсихологическая характеристика сумеречного состояния сознания.
10. Патопсихологическая характеристика нарушений сознания при псевдодеменции.
11. Психологический механизм деперсонализации
12. Психологический механизм нарушения иерархии мотивов и формирования патологической потребности
13. Психологический механизм нарушения смыслообразования
14. Зрительные агнозии. Краткая характеристика
15. Галлюцинации. Патопсихологическая характеристика, психологический механизм возникновения, виды.
16. Патопсихологический механизм псевдогаллюцинаций. Синдром Кандинского-Клерамбо.
17. Нарушение мотивационного компонента восприятия: психологический механизм.
18. Клиническая классификация нарушений памяти
19. Нарушение непосредственной памяти: Корсаковский синдром
20. Нарушение непосредственной памяти: прогрессирующая амнезия
21. Нарушение опосредованной памяти: психологический механизм.
22. Патопсихологическая характеристика нарушений динамической стороны мнестической деятельности.
23. Нарушение мотивационного компонента памяти: психологический механизм.
24. Нарушение операционной стороны мышления: снижение уровня обобщения.
25. Нарушение операционной стороны мышления: искажение процесса обобщения.
26. Нарушение динамики мыслительной деятельности: психологический механизм.
27. Нарушение мотивационного компонента мышления: разноплановость мышления
28. Нарушения умственной работоспособности: истощаемость, пресыщаемость, нарушения вработываемости
29. Патопсихологическая характеристика больных с шизофреническим патопсихологическим синдромом

30. Патопсихологическая характеристика больных с аффективно-эндогенным патопсихологическим синдромом
31. Патопсихологическая характеристика больных с экзогенно органическим патопсихологическим синдромом
32. Патопсихологическая характеристика больных с эндогенно органическим патопсихологическим синдромом
33. Патопсихологическая характеристика больных с олигофреническим патопсихологическим синдромом
34. Проблемы локализации ВПФ. История изучения, основные направления.
35. Проблема локализации ВПФ, современные представления. Концепция изучения системно-динамической локализации функций.
36. Высшие психические функции человека. Современные данные о структурной организации мозга.
37. Структурно-функциональная модель работы мозга по А.Р. Лурия.
38. Зрительный анализатор и строение зрительной коры.
39. Зрительные агнозии (виды и характеристика).
40. Кожно-кинестетический анализатор.
41. Нарушения осязательного восприятия (виды и характеристика).
42. Нарушение ориентировки в пространстве и конструктивная апрактогнозия.
43. Семантическая афазия.
44. Слуховой анализатор и строение слуховой коры.
45. Сенсорная афазия и акустическая агнозия.
46. Синдром акустико-мнестической афазии.
47. Двигательный анализатор и строение сенсомоторных отделов коры.
48. Нарушениеafferентной основы произвольного движения и синдром «афферентной» (кинестетической) апраксии.
49. Нарушение кинестетической основы речевого акта и синдром «афферентной» (кинестетической) моторной афазии.
50. Нарушение двигательных функций при поражениях премоторной области.
51. Нарушение кинетической структуры речевого акта и синдром «эфферентной» (кинетической) моторной афазии.
52. Лобные доли и регуляция состояний активности.
53. Лобные доли и регуляция движений и действий
54. Нарушение мнестических процессов при поражении лобных отделов мозга.
55. Интеллектуальные процессы при поражении лобных отделов мозга.
56. Лобная (динамическая) афазия.
57. Нарушение гностических процессов при поражении лобных отделов мозга.

58. Методы исследования высших зрительных функций в структуре нейропсихологического обследования.
59. Методы исследования слухомоторных координаций в структуре нейропсихологического обследования.
60. Методы исследования двигательных функций в структуре нейропсихологического обследования.
61. Методы исследования высших кожно-кинестетических функций в структуре нейропсихологического обследования.
62. Методы исследования мнестических процессов в структуре нейропсихологического обследования.
63. Методы исследования речевых функций в структуре нейропсихологического обследования. Импрессивная речь. Экспрессивная речь.
64. Методы исследования интеллектуальной деятельности в структуре нейропсихологического обследования.

5.6 КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ И КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

10 (десять) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине, а также по основным вопросам, выходящим за ее пределы;

точное использование научной терминологии (в том числе на иностранном языке), грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;

безупречное владение инструментарием учебной дисциплины, умение его эффективно использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

выраженная способность самостоятельно и творчески решать сложные проблемы в нестандартной ситуации;

полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы, по изучаемой учебной дисциплине;

умение свободно ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им аналитическую оценку, использовать научные достижения других дисциплин;

творческая самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, активное творческое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

9 (девять) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

точное использование научной терминологии (в том числе на иностранном языке), грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его эффективно использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач.

способность самостоятельно и творчески решать сложные проблемы в нестандартной ситуации в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

полное усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им аналитическую оценку;

систематическая, активная самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, творческое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

8 (восемь) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине в объеме учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

. использование научной терминологии (в том числе на иностранном языке), грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы и обобщения;

владение инструментарием учебной дисциплины (методами комплексного анализа, техникой информационных технологий), умение его использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

способность самостоятельно решать сложные проблемы в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им аналитическую оценку;

активная самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, систематическое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

7 (семь) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии (в том числе на иностранном языке), грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы и обобщения;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

свободное владение типовыми решениями в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им аналитическую оценку;

самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

6 (шесть) баллов, зачтено:

достаточно полные и систематизированные знания в объеме учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование необходимой научной терминологии, грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обобщения и обоснованные выводы;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в решении учебных и профессиональных задач;

способность самостоятельно применять типовые решения в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в базовых теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им сравнительную оценку;

активная самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, периодическое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

5 (пять) баллов, зачтено:

достаточные знания в объеме учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии, грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать выводы;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в решении учебных и профессиональных задач;

способность самостоятельно применять типовые решения в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в базовых теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им сравнительную оценку;

самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, фрагментарное участие в групповых обсуждениях, достаточный уровень культуры исполнения заданий.

4 (четыре) балла, зачтено:

достаточный объем знаний в рамках образовательного стандарта высшего образования;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии, логическое изложение ответа на вопросы, умение делать выводы без существенных ошибок;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в решении стандартных (типовых) задач;

умение под руководством преподавателя решать стандартные (типовые) задачи;

умение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им оценку;

работа под руководством преподавателя на практических, лабораторных занятиях, допустимый уровень культуры исполнения заданий.

3 (три) балла, не зачтено:

недостаточно полный объем знаний в рамках образовательного стандарта высшего образования;

знание части основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии, изложение ответа на вопросы с существенными, логическими ошибками;

слабое владение инструментарием учебной дисциплины, некомпетентность в решении стандартных (типовых) задач;

неумение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях изучаемой учебной дисциплины;

пассивность на практических и лабораторных занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий.

2 (два) балла, не зачтено:

фрагментарные знания в рамках образовательного стандарта высшего образования;

знания отдельных литературных источников, рекомендованных учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

неумение использовать научную терминологию учебной дисциплины, наличие в ответе грубых, логических ошибок;

пассивность на практических и лабораторных занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий.

1 (один) балл, не зачтено:

отсутствие знаний и (компетенций) в рамках образовательного стандарта высшего образования, отказ от ответа, неявка на аттестацию без уважительной причины.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ